

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

---

ANNÉE 1939

**THÈSE** <sup>N°</sup> **121**  
POUR LE  
**DOCTORAT EN MÉDECINE**  
(Diplôme d'Etat)

PAR

**Jean GAUDET**

Interne des Hôpitaux psychiatriques

Né le 28 octobre 1912 à Guérande (Loire-Inférieure)

---

**MANIE CHRONIQUE**  
**ET ÉTATS MANIAQUES CHRONIQUES**

---

*Président : M. Henri CLAUDE, Professeur*

---

**PARIS**

**LIBRAIRIE MÉDICALE MARCEL VIGNE**

11 & 13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

1939



THÈSE  
POUR LE DOCTORAT  
EN MÉDECINE



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

---

ANNÉE 1939

**THÈSE**

N°

POUR LE

**DOCTORAT EN MÉDECINE**

(Diplôme d'Etat)

PAR

**Jean GAUDET**

Interne des Hôpitaux psychiatriques

Né le 28 octobre 1912 à Guérande (Loire-Inférieure)

---

**MANIE CHRONIQUE**  
**ET ÉTATS MANIAQUES CHRONIQUES**

---

*Président : M. Henri CLAUDE, Professeur*

---

---

**PARIS**

**LIBRAIRIE MÉDICALE MARCEL VIGNÉ**

11 & 13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

**1939**

# LE DOYEN : TIFFENEAU

## I. — PROFESSEURS

|                                                                |                    |
|----------------------------------------------------------------|--------------------|
| Anatomie .....                                                 | MM.                |
| Physiologie .....                                              | ROUVIERE.          |
| Physique médicale .....                                        | Léon BINET.        |
| Chimie médicale .....                                          | STROHL.            |
| Bactériologie .....                                            | POLONOVSKI         |
| Parasitologie et histoire naturelle médicale .....             | Robert DEBRE.      |
| Pathologie et thérapeutique générales .....                    | BRUMPT.            |
| Pathologie médicale .....                                      | BAUDOUIN.          |
| Pathologie chirurgicale .....                                  | ABRAMI.            |
| Anatomie pathologique .....                                    | N...               |
| Histologie .....                                               | LEROUX.            |
| Pharmacologie et matière médicale .....                        | CHAMPY.            |
| Thérapeutique .....                                            | TIFFENEAU.         |
| Hygiène et médecine préventive .....                           | HARVIER.           |
| Médecine légale .....                                          | TANON.             |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie .....               | BALTHAZARD.        |
| Pathologie expérimentale et comparée .....                     | LAIGNEL-LAVASTINE. |
| Hydrologie thérapeutique et climatologie .....                 | FIESSINGER.        |
|                                                                | CHIRAY             |
| Clinique médicale .....                                        | LOEPER.            |
|                                                                | CARNOT.            |
|                                                                | CLERC.             |
|                                                                | Marcel LABBÉ.      |
| Hygiène et clinique de la première enfance .....               | LEREBOULLET.       |
| Clinique des maladies des enfants .....                        | NOBECOURT.         |
| Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale. | H. CLAUDE.         |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques .....          | GOUGEROT.          |
| Clinique des maladies du système nerveux .....                 | GUILLAIN.          |
| Clinique des maladies infectieuses .....                       | LEMIERRE.          |
|                                                                | CUNEO.             |
| Clinique chirurgicale .....                                    | GOSSET.            |
|                                                                | GREGOIRE.          |
|                                                                | LENORMANT.         |
| Clinique ophtalmologique .....                                 | TERRIEN.           |
| Clinique urologique .....                                      | CHEVASSU.          |
|                                                                | COUVELAIRE.        |
| Clinique d'accouchements .....                                 | JEANNIN.           |
|                                                                | LEVY-SOLAL.        |
| Clinique gynécologique .....                                   | MOCQUOT.           |
| Clinique chirurgicale infantile et orthopédie .....            | OMBREDANNE.        |
| Clinique thérapeutique médicale .....                          | RATHERY.           |
| Clinique oto-rhino-laryngologique .....                        | LEMAITRE.          |
| Clinique thérapeutique chirurgicale .....                      | Pierre DUVAL.      |
| Clinique propédeutique .....                                   | Maurice VILLARET.  |
| Clinique de la tuberculose .....                               | TROISIER.          |
| Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte .....           | MATHIEU.           |
| Clinique cardiologie .....                                     | LAUBRY.            |
| Clinique d'Assistance Médico-sociale .....                     | CROUZON.           |
| Professeurs sans chaire .....                                  | HOVELACQUE.        |
|                                                                | MULON.             |
|                                                                | OLIVIER.           |
|                                                                | VERNE.             |



## II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

### MM.

AMELINE ..... Pathologie chirurgicale  
 BARIETY ..... Pathologie médicale.  
 BENARD (Henri) Pathologie médicale.  
 BERNARD (E.) : Pathologie médicale.  
 BESANÇON (Justin), Hydrologie.  
 BOULIN ..... Pathologie médicale.  
 BULLIARD ..... Histologie.  
 CATHALA ..... Pathologie médicale.  
 CHEVALLIER.. Pathologie médicale.  
 COSTE..... Pathologie médicale.  
 DOGNON..... Physique.  
 FEY..... Urologie.  
 FUNCK ..... Pathologie chirurgicale  
 GALLIARD..... Parasitologie.  
 GASTINEL ..... Bactériologie.  
 DE GAUDART D'ALLAINES Pathologie  
                                   chirurgicale.  
 GAYET..... Physiologie.  
 DE GENNES.... Pathologie médicale.  
 GIROUD..... Histologie.  
 HAGUENEAU... Pathologie médicale.  
 HALPHEN..... Oto-rhino-Laryng.  
 HAZARD..... Pharmacologie.  
 HUGUENIN..... Anatomie pathologique  
 JOANNON..... Hygiène.  
 LACOMME..... Obstétrique.

### MM.

LANTUEJOUL.. Obstétrique.  
 LAROCHE (Guy) Pathologie médicale  
 LARVIER..... Parasitologie.  
 LELONG ..... Pathologie médicale.  
 LEMAIRE..... Pathologie expérimentale.  
 LEVEUF ..... Pathologie chirurgicale  
 Mlle J. LEVY.. Pharmacologie.  
 LEVY-VALENSI Neurologie et Psychiatrie.  
 MENEGAUX.... Pathologie chirurgicale  
 MOLLARET.... Pathologie médicale.  
 MOREAU..... Pathologie médicale.  
 MOULONGUET. Pathologie chirurgicale  
 MOUQUIN..... Pathologie médicale.  
 PETIT-DUTAILLIS.. Pathologie chirurgicale  
 PIEDELIEVRE . Médecine légale.  
 PORTES..... Obstétrique.  
 RENARD ..... Ophtalmologie.  
 RICHET..... Physiologie.  
 SANNIE..... Chimie biologique.  
 SENEQUE..... Pathologie chirurgicale  
 TROISIER .... Pathologie expérimentale  
 TURPIN..... Pathologie médicale.  
 VIGNES..... Obstétrique.  
 WILMOTH..... Pathologie chirurgicale

## III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE pour le service des examens

### MM.

ALGLAVE..... Pathologie chirurgicale  
 BUSQUET..... Pharmacologie.  
 CHATELEYBERT Physiologie.  
 GUÉNOT..... Obstétrique.  
 HEITZ-BOYER. Pathologie chirurgicale

### MM.

LARDENNOIS.. Pathologie chirurgic.  
 LE LORIER... Obstétrique.  
 SCHWARTZ.... Clinique chirurgicale.  
 VAUDESCAL... Obstétrique.

#### IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE A TITRE PERMANENT

| MM.                                      | MM.                                   |
|------------------------------------------|---------------------------------------|
| ALAJOUANINE. Clinique médicale.          | SEZARY ..... Clinique médicale.       |
| AUBERTIN..... Clinique médicale.         | BASSET ..... Clinique chirurgicale.   |
| BRULE ..... Clinique médicale.           | BROCO ..... Clinique chirurgicale.    |
| CHABROL ..... Clinique médicale.         | CADENAT..... Clinique chirurgicale.   |
| PONZELOT..... Clinique médicale.         | GATELLIER .... Clinique chirurgicale. |
| DU VOIR ..... Clinique médicale.         | MOURE ..... Clinique chirurgicale.    |
| LIAN ..... Clinique médicale.            | QUENU ..... Clinique chirurgicale.    |
| PASTEUR-VALLÉRY-RADOT Clinique médicale. | VELTER ..... Clinique chirurgicale.   |

MM.  
ECALLE..... Clinique obstétricale.  
METZGER..... Clinique obstétricale

#### V. — CHARGÉS DE COURS

| MM.                        |                      |
|----------------------------|----------------------|
| CHAILLEY-BERT, agrégé..... | Education Physique.  |
| LEDOUX-LEBARD.....         | Radiologie clinique. |
| RUPPE.....                 | Stomatologie.        |
| WEILL-HALLE .....          | Puériculture.        |

*Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.*

A MON PÈRE

A MA MÈRE

*En témoignage de ma profonde  
reconnaissance et de ma très vive  
affection.*

A MA FEMME

A MA FAMILLE

A MES AMIS  
ET MES CAMARADES D'INTERNAT

A M. LE PROFESSEUR HENRI CLAUDE  
PROFESSEUR DE CLINIQUE DES MALADIES MENTALES  
ET DE L'ENCÉPHALE  
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE  
MÉDECIN DE L'ASILE SAINT-ANNE

*Qui nous a fait le grand honneur  
d'accepter la présidence de cette  
thèse. Respectueux hommage de  
reconnaissance.*

A MES MAITRES  
DANS LES HOPITAUX DE NANTES

A M. LE DOCTEUR DAMAYE  
MÉDECIN-DIRECTEUR DE L'HOPITAL PSYCHIATRIQUE  
DE LA ROCHE-SUR-YON

*Qui fut mon premier guide  
dans les asiles.*

A MES MAITRES  
DANS LES HOPITAUX PSYCHIATRIQUES  
DE LA SEINE-INFÉRIEURE

MONSIEUR LE DOCTEUR GASSIOT

*En respectueux hommage de  
reconnaissance pour la bienveil-  
lance qu'il m'a toujours manifestée  
et les conseils qu'il m'a prodigués.*

MONSIEUR LE DOCTEUR LATAPIE  
MADEMOISELLE LE DOCTEUR DESCHAMP  
MONSIEUR LE DOCTEUR MENUAU  
MÉDECIN DES HOPITAUX PSYCHIATRIQUES DE LA SEINE  
MONSIEUR LE DOCTEUR USSE  
MADEMOISELLE LE DOCTEUR MOREL

A MONSIEUR LE DOCTEUR DANIEL  
DIRECTEUR DE LA MAISON DE SANTÉ DÉPARTEMENTALE  
DE LA SEINE-INFÉRIEURE



## INTRODUCTION

---

« D'une façon générale, écrit Régis, les formes chroniques des psychoses ont toujours moins attiré l'attention que les formes aiguës et ont été même à tort confondues avec les démences »<sup>1</sup>. L'étude de la manie chronique n'a pas échappé à cette généralité. Fréquemment envisagée jusqu'ici dans ses manifestations diverses, ses causes, ses variétés symptomatiques, son évolution, on ne s'est que fort peu préoccupé d'en dégager et d'en résumer ses caractéristiques. Il en résulte que les connaissances précises touchant à ce type clinique demeurent somme toute assez pauvres.

Depuis la fin du siècle dernier, la question de la manie chronique a fait l'objet de nombreuses études dont la lecture reflète une grande diversité d'opinions. Considérée par certains auteurs comme le passage à l'état chronique d'un accès aigu, par d'autres comme une entité morbide, par d'autres encore comme une démence, on conçoit qu'une question aussi contro-

1. E. Régis, *Précis de psychiatrie*, 6<sup>e</sup> éd., p. 383.

versée, embrouillée comme à plaisir, soit demeurée longtemps et demeure encore très obscure. L'existence même de ce type clinique n'a-t-elle pas été mise en doute ?

Une place importante cependant est réservée dans la plupart des vieux traités de pathologie mentale à l'étude de la manie chronique. Les anciens aliénistes, en effet, réunissaient sous le nom de manie la plupart des états avec agitation : le tiers des cas de folie, pour Esquirol, qui considérait cette affection comme une maladie chronique essentiellement caractérisée par un délire général avec excitation. Il suffit de superposer les cadres nosographiques actuels aux groupements d'autrefois pour juger de combien d'états différents ressortissent aujourd'hui ces cas de manies devenues chroniques.

Les progrès réalisés en clinique mentale ont apporté des conceptions différentes, une terminologie nouvelle ; aussi nous est-il apparu nécessaire, avant d'aborder toute discussion, d'étudier avec chaque auteur la question de la manie chronique. Il nous semble difficile en effet de poser autrement le problème qu'en présentant dans un aperçu historique suffisamment détaillé les opinions qui, plus tard, feront l'objet de notre discussion. Nous chercherons d'ailleurs moins à faire un historique complet qu'à exposer successivement au lecteur les conceptions différentes que nous avons pu rencontrer au cours de nos recherches.

## ÉVOLUTION DES IDÉES SUR LA MANIE CHRONIQUE

---

### I. Aperçu historique

L.-V. Marcé admettait trois modes de terminaison habituelle de la manie. « Outre la guérison qui est très fréquente, disait-il, la manie peut passer à l'état chronique ; elle peut se transformer en une autre forme de maladie mentale ; ou bien se terminer par la mort »<sup>1</sup>. Il considère la manie chronique comme la période d'état indéfiniment prolongée, dont la démence serait l'aboutissant habituel.

Pour J. Luys, qui fait une classification scientifique des maladies mentales en étudiant l'intimité des rapports entre l'état des voies circulatoires et les troubles fonctionnels constatés pendant la vie, la manie entre dans le groupe des hyperémies cérébrales généralisées et atteint dans ses rapports de fréquence plus du quart des cas traités dans les asiles (110 cas de manie sur 400 malades). Mis à part l'issue favorable,

1. L.-V. Marcé, *Traité pratique des maladies mentales*, 1862, p. 290.

il voit dans le passage à la chronicité l'évolution ordinaire de cet « éréthisme cérébral incoercible ». Le maniaque devient un « halluciné » dont « les processus hallucinatoires, implantés comme des épines à l'état d'irritations permanentes, continuent à mettre le désordre dans son cerveau et déterminent çà et là des phases d'excitation qui alternent avec des moments lucides »<sup>1</sup>. Ces formes chroniques constituent pour l'auteur un processus à marche envahissante qui amène peu à peu les manifestations de la démence, phase terminale habituelle de toutes les psychopathies.

Marie Bra, qui n'a pas trouvé de façon constante, à l'autopsie des maniaques chroniques, cette atrophie plus ou moins générale des lobes cérébraux dont parle Luys, rejette une classification basée sur l'anatomie pathologique trop souvent « muette et pleine de contradictions »<sup>2</sup> et fait entrer ces malades dans le groupe des folies vésaniques, c'est-à-dire sans lésions actuellement bien déterminées. Les manies sont pour lui des délires généralisés dont le passage à l'état chronique se produit dans la grande majorité des cas, ce passage étant l'indice de l'affaissement des facultés, premier pas vers la démence qui demeure la terminaison inévitable.

1. J. Luys, *Traité des maladies mentales*, 1881, p. 456.

2. Marie Bra, *Manuel des maladies mentales*, 1883, p. 39.

Schüle tient compte, dans sa classification, de la résistance cérébrale. Il distingue dans un premier groupe la manie douce et la manie typique qui sont le fait d'un cerveau valide ; et, dans un second groupe la manie grave, manie organique, avec signes somatiques importants. La manie chronique peut succéder à ces différentes formes cliniques, mais seulement dans certaines conditions étiologiques, ou mieux, cérébrales. Les folies circulaires entrent pour lui dans ces cas chroniques. « La symptomatologie — dit-il — est celle de la manie typique avec une allure chronique... Tous les symptômes participent de l'affaiblissement dément et de la manie »<sup>1</sup>. Cependant il admet des évolutions favorables vers la guérison quand le processus d'épuisement cérébral n'a pas été trop intense. Ordinairement il reste cependant des lacunes.

A. Cullerre pense que le passage à l'état chronique de la manie est la terminaison habituelle quand elle n'évolue pas vers la guérison. Mais cette chronicité, premier stade vers la démence terminale, ne s'observe que chez les sujets sans tares héréditaires. Quand le trouble mental se complique de dégénérescence, « la manie se termine brusquement et sans transition par une démence profonde avec gâtisme, sans passer par la phase chronique. C'est — conclut-il —

1. Schüle, *Traité clinique des maladies mentales*, 1888, p. 101.

la vraie démence précoce des jeunes sujets »<sup>1</sup>.

Dans les cas peu favorables, selon Dagonet<sup>2</sup>, la manie aiguë passerait à l'état chronique. Mais ces formes chroniques, si elles sont la conséquence la plus ordinaire de la manie aiguë, résultent d'un processus organique défini. Le passage à la chronicité est hâté par la production de lésions à la surface du cerveau et dans les membranes qui lui servent d'enveloppe. On observe des altérations variables, parmi lesquelles on rencontre surtout l'épaississement et l'opacité de l'arachnoïde. Ainsi, la manie chronique se caractérise pour cet auteur, anatomiquement par un processus méningo-encéphalitique, et cliniquement par un syndrome d'affaiblissement mental chronique, d'autant plus accentué que les exsudats plastiques et les infiltrations séreuses, qui se font à la surface et dans les ventricules du cerveau, font eux-mêmes des progrès.

Tous ces aliénistes, dont les publications remontent à la fin du siècle dernier, considéraient donc les états maniaques chroniques comme des démences agitées la démence étant pour eux un état secondaire, un mode de terminaison habituelle de la folie proprement dite, c'est-à-dire des formes d'aliénation appelées primitives. C'est un stade qu'atteignaient certaines

1. A. Cullerre, *Traité pratique des maladies mentales*, 1890, p. 206.

2. Dagonet, *Traité des maladies mentales*, 1894.

formes de manie prolongée, lorsqu'à l'excitation psychique succédait une phase d'épuisement cérébral caractérisé par des lésions anatomiques définitives, une atteinte irrémédiable des cellules nerveuses.

Ces démences maniaques seraient donc le fait d'un cerveau surmené, fatigué, qui ne peut plus répondre aux excitations répétées ; et certains auteurs voient chez ces malades qui ont perdu de bonne heure leurs moyens naturels de défense, des sujets héréditairement tarés, des dégénérés. On a vu cependant que Cullerre admettait avant ce stade démentiel un état transitoire, une manie chronique véritable, qui se rencontrerait seulement chez les sujets normaux, et auquel succéderait, mais beaucoup plus tard, un affaiblissement mental progressif.

Ainsi, jusqu'à la fin du siècle dernier, la manie chronique n'était rien d'autre qu'une démence évoluant chez de nombreux maniaques. C'est ce qui explique la large place réservée dans les traités de cette époque à l'étude de ce syndrome dont les limites demeuraient insuffisamment dégagées.

Cependant l'étude de la manie chronique devait se poursuivre et les conceptions des différents auteurs se modifier. Rogues de Fursac admit l'existence d'une manie chronique vraie, mais qui aurait une date d'apparition tardive (elle se manifesterait surtout après soixante ans !) Il y dénote un affaiblissement

intellectuel accusé, mais qui pourrait être en rapport avec la sénilité aussi bien qu'avec l'état maniaque. Il est permis de penser que certaines de ces formes peuvent être attribuées entièrement à l'involution sénile et correspondent à un début d'artério-sclérose cérébrale progressive.

D'après Anglade, la manie chronique serait d'observation extrêmement fréquente puisque pour cet auteur un cinquième des accès maniaques aigus passerait à l'état chronique. Ces malades, contrairement à ce qu'on pense généralement, n'arriveraient que rarement à la démence véritable. Ils conserveraient même une certaine activité intellectuelle si bien qu'ils demeurent capables de systématiser un délire. Le maniaque chronique devient ainsi, selon l'expression même de l'auteur « une sorte de délirant systématique »<sup>1</sup> qui imprime au malade une physionomie bien spéciale. Nous aurons l'occasion, au cours de ce travail, de revenir sur cette conception développée longuement par Anglade au Congrès de Marseille de 1899.

Elle devait d'ailleurs être reprise un peu plus tard par Régis. La manie chronique est pour ce dernier l'un des modes de terminaison, rare il est vrai, de la manie aiguë. Mais elle peut se présenter sous deux formes<sup>2</sup> : l'une, simple, caractérisée essentiellement

1. Gilbert Ballet, *Traité de pathologie mentale*, 1903, p. 280.

2. Régis, *Précis de psychiatrie*, 6<sup>e</sup> éd., p. 277.

par la persistance indéfinie, et sous une forme atténuée des symptômes de la manie aiguë ; l'autre, déjà vue par Anglade, qui se distingue de la précédente par un délire systématisé secondaire. La physionomie de ces malades, leurs idées, leur langage, leurs actes, font penser à un état démentiel. En réalité, beaucoup d'entre eux ont conservé intactes sous ce néant apparent, la plupart de leurs facultés. Ils ne sont donc pas tous des déments véritables. L'évolution démentielle ne se manifesterait qu'à la longue, et il s'agirait alors beaucoup plus d'une démence sénile surajoutée que d'une démence maniaque.

Cependant Chaslin, au même chapitre<sup>1</sup>, se contente de mentionner la démence maniaque et la folie systématique secondaire ; leur existence ne lui semble pas assez démontrée. Il se demande si la manie aiguë peut bien avoir une évolution chronique, et si certaines observations qu'il a rapportées ne doivent pas plutôt être rapprochées de la folie discordante. Les cas de manie chronique décrits par les auteurs, ajoute-t-il, paraissent devoir être sujets à révision comme tout ce qui touche à ce type. Pour lui, seule pourrait être considérée comme manie chronique, et encore atténuée, la manie raisonneuse ou raisonnante de quelques aliénistes qui est une manie constitutionnelle. Peut-

1. Ph. Chaslin, *Éléments de sémiologie et clinique mentale*, 1912, p. 648.

être aussi croit-il pouvoir ranger dans ce groupe certains cas d'instabilité constitutionnelle, de turbulence, qui ne sont pas rares chez les enfants et qui sont presque toujours en rapport avec l'épilepsie.

Le même doute existe pour Delmas qui croit que les manies chroniques sont exceptionnelles et en tous cas beaucoup moins fréquentes qu'on ne l'a admis pendant longtemps. Elles succéderaient pour cet auteur à la manie franche aiguë dont les symptômes atténués persisteraient indéfiniment. Quant à la question du délire secondaire post-maniaque, il voit là l'éclosion d'une psychose hallucinatoire chronique qui aurait débuté par une phase d'excitation. L'évolution vers la démence devrait faire poser le diagnostic d'hébéphrénie à début du type maniaque<sup>1</sup>.

## II. Etat actuel de la question

Ainsi dégagé de certains autres états d'excitation, le type clinique de la manie chronique devait déjà trouver une individualité plus grande et apparaître, dans sa forme pure, comme un syndrome exceptionnel aux auteurs contemporains. Quelques-uns même, à la suite de la réaction esquissée au début du siècle, ont cru pouvoir encore rattacher à d'autres groupes de la nosographie actuelle, des formes dont l'existence

1. Delmas, in *Pratique psychiatrique*, 1919, p, 193.

clinique et la symptomatologie précise ne faisait cependant aucun doute. Renault, qui dans sa thèse<sup>1</sup> a cherché à définir et à poser les principaux éléments de diagnostic du syndrome manie chronique, conclut : « A un examen particulièrement sévère, la manie chronique vraie, dégagée de toute association doit être envisagée comme une affection presque exceptionnelle ». C'est bien en effet son extrême rareté qui seule a pu la faire nier. Il convenait de la séparer nettement d'états avec lesquels les classiques l'ont si souvent confondue, en particulier l'excitation maniaque présénile à évolution démentielle et les démences agitées.

C'est à l'étude de ce syndrome d'excitation maniaque sans affaiblissement intellectuel que les auteurs modernes se sont attachés. Bien peu d'observations ont été publiées sur ce sujet dans ces dernières années ; l'extrême rareté, avons-nous dit, de ce syndrome en donne l'explication. « Durant 30 ans d'observation et d'étude, déclare Da Rocha, sur des milliers de malades, j'ai rarement observé les cas de manie chronique à l'état pur, mais le fait est qu'ils existent indiscutablement »<sup>2</sup>. Cependant, il cite une observation d'un état hypomaniaque chronique sur lequel

1. A. Renault, *Le syndrome manie chronique. Symptomatologie. Diagnostic*, thèse, Paris, 1920.

2. Da Rocha, *La manie chronique*, « *Annales médico-psychologiques* », 1921, t. II.

tranchent quelques rares moments de dépression ; ou d'une manie raisonnante. Il soulève en outre l'idée de Specht qui apparente à ces cas des paranoïaques à type hypomaniaque, c'est-à-dire les maniaques qui présenteraient périodiquement un délire à nuance paranoïaque.

Hamel et Vernet, après avoir dépouillé de nombreuses observations de malades sur lesquelles figurait le diagnostic de manie chronique, en éliminent un certain nombre qu'ils rattachent, les uns à la psychose périodique, les autres à des états démentiels. Ils en retiennent 11 cas au sujet desquels il leur paraît impossible de nier l'existence d'un syndrome maniaque chronique coëxistant ou non avec d'autres manifestations psychopathiques. Chez un de ces malades, le syndrome se trouve associé à un syndrome délirant. Chez deux autres, la manie chronique apparaît comme état terminal d'une psychose périodique. Il reste donc huit cas dans lesquels la chronicité est survenue après un accès de manie aiguë. Ces observations, soulignent les auteurs, ont été les seules recueillies dans un asile de 1650 malades où 70 maniaques se trouvaient alors en traitement <sup>1</sup>.

MM. Leroy et Baudouin font cependant entrer dans ce syndrome les cas « où le maniaque après avoir

1. Hamel et Vernet, *Contribution à l'étude de la manie chronique*, « *Encéphale* », novembre 1921.

présenté un ou plusieurs accès très nets de psychose périodique, ne guérit plus et reste dans un état maniaque typique »<sup>1</sup>.

Godard cite l'observation d'un maniaque chronique où il note une activité motrice et psycho-motrice ordonnée, calme et méthodique s'opposant au masque démentiel imprimé par l'excitation et l'incohérence verbale. Il croit pouvoir, comme l'avait fait Chaslin pour des troubles analogues, définir ce syndrome « démence incomplète »<sup>2</sup>.

Leroy, Rubenovitch et Trelles rapportent un cas de manie chronique évoluant depuis dix ans sans intervalles dépressifs, sans affaiblissement intellectuel, sans éléments discordants et sans idées délirantes. Au début ce malade avait présenté un état dépressif accompagné d'hallucinations et d'idées vagues de persécution ne différant en rien d'un début de psychose paranoïde<sup>3</sup>. Il s'agit là selon les auteurs d'un cas pur de syndrome maniaque chronique dont l'existence ne fait pour eux aucun doute.

Ces mêmes auteurs ont eu d'autre part l'occasion d'étudier deux observations d'un syndrome qui, à maintes reprises au cours de son évolution aurait pu donner le change pour une paralysie générale,

1. Leroy, *Manie chronique*, « *Bulletin de la société clinique de médecine mentale* », 1914.

2. Godard, *Manie chronique, démence incomplète*, « *Annales M.P.* », 1925.

3. Leroy-Rubenovitch, Trelles, « *Annales méd.-psycho.* », 1932, p. 56.

tant l'affaiblissement intellectuel et certains signes somatiques paraissaient certains. Or, ces symptômes de début devaient disparaître pour faire place à un état stable d'excitation hypomaniaque sans affaiblissement intellectuel et sans hallucinations<sup>1</sup>. Ils pensent dès lors à un syndrome voisin de la manie chronique qui aurait débuté par un épisode confusional, et font la part plus grande à une constitution morbide plutôt qu'à une étiologie toxi-infectieuse.

Cette brève analyse de quelques publications parmi les plus récentes montre la multiplicité des problèmes soulevés à l'occasion de la constatation d'un syndrome manie chronique. Si la question de la démence post-manique, objet de discussion des anciens auteurs, semble moins préoccuper les aliénistes actuels qui paraissent unanimes à reconnaître là l'influence de la sénilité, d'autres problèmes se posent à propos de certaines variétés cliniques. Un polymorphisme se manifeste non seulement dans les modes de début de l'affection, mais encore semble-t-il dans les symptômes de la période d'état. Les uns notent des éléments discordants, d'autres des délires plus ou moins systématisés, d'autres enfin des hallucinations. L'unité de ce type clinique n'apparaît de ce fait pas toujours très clairement. Seuls à notre connaissance, MM. Lai-

1. Leroy-Rubenovitch, « *Annales méd.-psycho.* », 1932, p. 420.

gnel-Lavastine et J. Vinchon<sup>1</sup> ont essayé de broser un tableau clinique, mais les travaux critiques sur ce sujet se révèlent peu nombreux. En pathologie mentale, plus encore qu'en pathologie organique, nous voyons des malades qu'il est souvent bien difficile de ranger sous une étiquette définie.

Seule la fréquence clinique de certains syndromes mentaux, en offrant aux aliénistes un champ de recherche suffisant, a facilité une étude approfondie qui a permis de dégager une symptomatologie précise et aidé à définir et à individualiser l'affection en cause. Nous pensons qu'en ce qui concerne la manie chronique, nous possédons encore trop peu d'observations pour permettre la description de symptômes particuliers, de caractères spécifiques, pouvant établir de façon indiscutable le diagnostic différentiel. C'est pourquoi, il nous a paru d'intérêt d'étudier dans ce travail les quelques observations qu'il nous a été donné de recueillir au cours de notre stage d'internat dans les Hôpitaux psychiatriques de la Seine-Inférieure.

---

1. Laignel-Lavastine et J. Vinchon, *La manie chronique*, « *Annales M.P.* », 1921, t. I, p. 203.

## OBSERVATIONS

---

Les observations que nous rapportons ici concernent des malades dont l'état d'excitation persistant depuis de longues années, accompagné d'un cortège de symptômes maniaques typiques, a fait poser, de façon indiscutable, le diagnostic de manie chronique. Ce sont pour la plupart de vieux piliers d'asile au sujet desquels nous n'avons pu recueillir le plus souvent que fort peu de renseignements concernant les antécédents héréditaires. L'absence de famille en a été parfois la cause. D'autre part, l'internement de certains d'entre eux se situe à l'époque de la dernière guerre, dans une période où la désorganisation générale ne permettait malheureusement pas de suivre comme aujourd'hui l'évolution de leurs troubles mentaux. Du moins pourrons-nous lire ici l'histoire détaillée d'états morbides divers, qui tous ont évolué, les uns d'emblée, les autres après des accidents variés, vers un état maniaque chronique nettement caractérisé.

Pour chacune de ces observations, nous nous efforcerons, autant que les renseignements nous le permet-

tent, de suivre pas à pas le cours de la maladie. La continuité des accidents, la persistance des symptômes principaux d'année en année, nous obligera à des redites. Mais nous pensons que cette succession de tableaux, pour la plupart si semblables, contribuera à mettre en relief le caractère de permanence, de stabilité, et aussi de chronicité d'un état ; caractère que nous avons voulu envisager ici plus que tout autre particularité.

Qu'on veuille donc bien nous excuser si, dans l'énumération souvent longue des symptômes, nous avons sacrifié la présentation et parfois aussi le style pour respecter fidèlement la vérité clinique en dépeignant nos malades tels qu'ils ont été vu avant nous. Nous ferons d'ailleurs suivre chaque observation d'un tableau clinique de l'état actuel du malade.

### **Classification des observations.**

A. — Un premier groupe d'observations rassemblera les cas où l'état de manie chronique s'établit d'emblée après un premier accès de manie aiguë.

B. — Un second groupe réunit les cas où la manie chronique apparaît comme état terminal d'une psychose périodique.

C. — Nous citerons enfin un exemple de maniaque chronique chez lequel on peut retrouver l'ébauche d'une construction délirante.

## Groupe A

### *Observation I*

M<sup>lle</sup> P. Marie, couturière, entre à Saint-Yon le 27 avril 1907, à l'âge de 43 ans.

On ne connaît rien de ses antécédents, sinon qu'elle aurait fait cinq ans avant cet internement un accès de nature mélancolique de courte durée.

Le certificat de 24 heures mentionne : état de trouble et d'excitation. Elle ne tient pas en place, se montre bruyante et tient des propos sans suite ; au milieu de son incohérence, on distingue des idées mystiques (Docteur Giraud).

Quinze jours après, elle continue de présenter un état de trouble et d'excitation : elle est bruyante, tient des propos sans suite, se montre désordonnée (Docteur Giraud).

Dès lors cet état devait persister sans amélioration sensible. Quelques notes recueillies d'année en année permettent d'ailleurs de se rendre compte de son évolution :

1907 : Agitée, désordonnée, idées mystiques.

1908 : Excitation par intervalles.

1909 : Agitation, loquacité, chants, cris, propos mystiques, désordre avec périodes de calme relatif.

1914 : Accès fréquents de manie, exhubérance des propos, gesticulations, déclamations, ne se montre pas violente.

1917 : Accès maniaques avec exaltation psychomotrice.

1920 : Logorrhée, fuite dans les idées, tracassière, jalouse, irritable, suit le médecin à la visite, donne des ordres, croit recevoir des ordres mystérieux, mystiques,

a des attitudes religieuses de courte durée et a des idées délirantes sans systématisation de grandeur ou de persécution.

Elle ne travaille pas de façon régulière et est toujours en mouvement. Va d'une malade à l'autre.

Propre ; bien orientée.

Soutient, dans ses phases de calme et d'amélioration relative, une conversation. Elle est alors aimable, travaille et raconte les idées qui l'obsèdent quelquefois.

1922 : Le diagnostic de manie chronique est posé pour la première fois, après 15 ans d'un état maniaque persistant. On peut noter à cette époque : surexcitation intellectuelle permanente, logorrhée intarissable, parole haute et animée avec grands gestes. Fuite des idées sans aucun lien les unes avec les autres. Elle ne pense plus, elle parle continuellement.

Élévation du ton de l'humeur qui se maintient toujours euphorique.

Incapacité de tout travail suivi.

Persistance des souvenirs mnésiques et des sentiments affectifs. Sait qu'elle est à Saint-Yon, depuis quand ; dit à peu près la date présente et cite le moment de son internement.

1924 : Logorrhée, fuite des idées : « C'est obsédant ici, pour une personne qui a sa tête, mettez-vous à notre place, j'ai de la famille, ils viennent si on ne s'occupe pas, c'est pour vous que je dis ça, c'est une histoire que vous cherchez à étouffer ; nous voudriez à l'état d'esprit au moment où on était malade, on avait des stimulants, comment l'esprit se forme, par des raisons qui vous conduisent, ce sont des idées fixes, je rougis ... ».

Grande mobilité du caractère ; tour à tour gaie, euphorique, aimable, ou désagréable, vindicative. Fait de grands gestes et parle tout le temps pendant l'interrogatoire. De temps à autre, cet état hypomania-

que est plus accentué : elle chante, crie, injurie, déchire, tourne dans la cour, et émet des idées polymorphes de persécution ou mystiques.

Bien orientée. Mémoire bonne.

La désagrégation intellectuelle, sous son état d'excitation, n'est pas décelable.

Elle travaille un peu, se montre propre, adroite et intelligente.

Juin 1925 : Entre en faisant de grands gestes, et la première, dans le bureau, en regardant en l'air les tableaux, en riant, en crachant et en faisant des gestes paradoxaux, maniérés. « Ma fois, c'est sur ma foi, j'ai des révélations ! ... ».

Très maussade, injurie, crie à tue-tête, déclame, tient des propos sans suite et a des idées de persécution.

A des périodes de grosse excitation, mais en ce moment est dans une phase plus calme.

Travaille un peu. Bon état physique.

Grand maniérisme dans tous ses gestes ; attitude hautaine, dédaigneuse, méfiante. Collectionne tout ce qu'elle trouve. Souvent, refuse de parler ou injurie copieusement. Se met sous les fenêtres et crie.

Décembre 1926 : Ne cesse de suivre la visite en gambadant autour du médecin, de pousser de petits cris, de faire des signes de croix, de se prosterner à terre, de lever les bras en l'air, d'agiter son mouchoir, de fermer exprès les portes alors qu'on va passer.

Parle avec volubilité, ayant une mimique extraordinaire, et se trouve toujours dans un état d'excitation intellectuelle et motrice.

Ne s'occupe pas et semble plutôt mettre le désordre.

Juin 1927 : Parle avec volubilité, crie, gesticule, chante.

Très maniérée dans tous ses actes. Fait de grands gestes. Rit aux éclats. Tourne autour du personnel en riant et chantant.

Instable ; irritable.

Ne cesse de tenir des propos qui deviennent de plus en plus décousus.

Bon état physique.

Mai 1929 : Toujours très exhubérante, loquace, turbulente. Elle entre dans le cabinet en coup de vent.

Fait des gestes extraordinaires. Se montre irritable.

Lorsqu'elle va bien, elle soutient une conversation. Est en général moins excitée en ce moment et travaille.

Persistence de gestes maniérés, de rires, de stéréotypies. Réclamations de toutes sortes.

Octobre 1930 : Présente toujours une excitation hypomaniaque, parle avec une volubilité déconcertante. Pose à plusieurs personnes des questions paradoxales.

Fait des gestes extraordinaires. Facies et mimique déconcertante. Très maniérée. Propos assez décousus. Ne présente jamais de bonnes périodes de calme.

Propre. Tracassière, moqueuse. Ne travaille presque pas.

Mai 1931 : Persistence d'un syndrome d'excitation maniaque chronique. Elle crie, gesticule, se présente à toutes les portes. Elle ne cesse pas de tenir des propos décousus, d'avoir des attitudes excentriques et se fait remarquer par ses gestes, son maniérisme, ses interrogations extravagantes.

Tutoie, bouscule tout le monde. Est tour à tour aimable, puis arrogante. S'approche du médecin avec de grands gestes, l'attitude fière, hautaine, dédaigneuse.

Avril 1932 : On ne l'a jamais vue avoir depuis 13 ans de bonnes périodes.

Juin 1933 : Persistence d'un syndrome maniaque chronique avec excitation psycho-motrice, propos décousus, moqueries. Fait de grands gestes, donne des ordres, répond à toutes les questions.

Novembre 1934 : Parle avec une volubilité déconcer-

tante. Logorrhée, fuite des idées. Chante, crie, et parfois vocifère. Souvent très vive.

Accompagne partout le médecin à la visite et fait des réflexions déplacées.

Décembre 1935 : Malgré cette excitation très accentuée, elle est encore présente. Sa mémoire reste vive et je ne note pas de véritable déchéance des facultés intellectuelles.

Ecrit à sa famille et à son neveu, docteur en médecine des lettres assez bien tournées.

Bon état physique.

Manie chronique.

*Etat actuel.* — Nous retrouvons Mlle P... en décembre 1938. Elle se présente à nous fort poliment : « Bonjour, monsieur, je chancelle un peu parce que j'ai les reins fatigués... C'est l'âge ... Je croyais que c'était une visite ; j'étais contente. Mais puisque c'est vous, qu'est-ce que vous me voulez donc ? »

De suite souriante, après une courte déconvenue, notre malade s'assied devant nous dans une attitude très réservée. On dénote dans ses gestes, sa mimique, un maniérisme assez accusé. Son visage maigre, à demi caché dans un lainage noir, son teint pâle, cireux, fait davantage ressortir encore un regard brillant et mobile.

Elle s'exprime volontiers en s'accompagnant de grands gestes, avec ses mains dont les doigts longs et fins s'entremêlent de façon bizarre et communiquent à son expression quelque chose d'étrange. Elle se lève, se rassied, regarde sans cesse autour d'elle, parle avec volubilité mais sans excitation, sur un ton souvent plaisant mais sans familiarité excessive.

« Je suis née en 1865. J'ai 74 ans bientôt. Je suis du mois de mai. Je suis venue déjà ici une fois... ». Tout cela est exact, son langage est correct mais ses propos révèlent de la fuite d'idées, un défaut de cohérence de la pensée.

On note des troubles de la perception résultant d'une attention spontanée extrêmement vive par rapport à l'attention volontaire souvent déficiente. Mais les processus intellectuels supérieurs s'opèrent à peu près normalement et malgré l'âge avancé de la malade, on n'enregistre aucun affaiblissement mental appréciable. La mémoire, nous l'avons vu, est conservée et même assez vive.

On peut noter encore quelques idées délirantes vagues, d'ailleurs fugaces et mobiles d'un jour sur l'autre. « J'ai de la persécution. On persécute dans le monde, vous savez, sans qu'on s'en aperçoive. Moi aussi on me persécute... Je ne sais pas qui, je ne fais pas attention. C'est la méchanceté du monde, des méchancetés de femmes. Mais je ne m'en occupe pas, je n'y peux rien ». Elle parle aussi « d'ensorcellement », mais tout cela est vague et on ne peut trouver de thème délirant véritable, capable d'en imposer pour une systématisation. D'ailleurs la malade n'y croit guère, elle s'en amuse et ses explications sont fréquemment entrecoupées d'éclats de rire. Aucun trouble hallucinatoire n'existe ; aucune tendance interprétative n'apparaît dans ses propos.

Les sentiments affectifs sont conservés chez notre malade. Si elle ne vibre pas aussi intensément qu'autrefois, elle ne demeure nullement indifférente aux visites qu'elle reçoit, se montre sensible aux petits soins dont l'entourent certaines de ses compagnes ou aux attentions que l'on peut avoir pour elle. De façon générale d'ailleurs, elle est souriante, aimable, accueillante, légèrement euphorique même.

C'est sur ce fond d'euphorie que, par intervalles, se manifestent de courts accès d'excitation durant lesquels l'instabilité motrice se précise davantage. M<sup>lle</sup> P... devient alors irritable, perpétuellement en mouvement et les troubles intellectuels notés plus

haut, logorrhée, fuite des idées, mobilité de l'attention et de l'humeur, apparaissent plus clairement.

Autrefois, dans les périodes où l'excitation psychomotrice était compatible avec une activité ordonnée et productive, M<sup>lle</sup> P... s'occupait surtout à la confection de petits jouets d'enfants en étoffe. Nous avons pu nous rendre compte de quel travail minutieux était capable cette maniaque chronique. A l'heure actuelle, son grand âge et sans doute aussi son acuité visuelle diminuée notablement ne lui permettent plus d'accomplir de semblables travaux. Elle demeure de ce fait à peu près inactive sans pour cela cesser de s'intéresser à ce qui se fait autour d'elle.

Elle jouit d'une bonne santé habituelle. Elle mange bien ; ses digestions sont faciles et ses nuits calmes. Son état général est satisfaisant ; l'examen des différents organes ne révèle rien de particulier.

### *Observation II*

M<sup>lle</sup> R... Suzanne, sténo-dactylo, entre à Saint-Yon le 6 août 1935, à l'âge de 34 ans.

Aucune tare héréditaire ne peut être retrouvée chez les ascendants et collatéraux.

Le jour même de son admission on peut noter : agitation, chants, cris. Insomnie. Bon état général.

Le lendemain M<sup>lle</sup> R... manifeste un grand désordre psychique et moteur, une physionomie toujours en mouvement, fait des grimaces, des gesticulations incessantes ; claque des mains, tape des pieds, ne tient pas en place. Ses propos sont exhubérants et en pleine fuite d'idées.

Le certificat de 24 heures est ainsi rédigé : est atteinte d'excitation maniaque aiguë caractérisée par une logorrhée extrême, des gesticulations incessantes,

des réactions d'humeur joviale très accusées (Docteur Latapie).

La malade demeure par la suite toujours agitée, présente de la fuite des idées, une grande mobilité dans les actes, fait des gesticulations, chante, crie, et casse même quelques carreaux. Le certificat de quinzaine note de même : excitation maniaque très vive, avec logorrhée incessante, gesticulations désordonnées, humeur très exaltée (Docteur Latapie).

Le mois suivant la voit encore très agitée. Elle crie, gesticule, mord, exhibe ses jambes et cherche à se mettre nue. Elle a déchiré à plusieurs reprises la toile de son lit avec ses dents.

Quelque mois plus tard, un certificat de situation mentionne : gros et violents accès d'agitation maniaque, vociférations, propos décousus et réactions très violentes.

L'année 1936 n'apporte aucune sédation des symptômes. L'agitation motrice reste très grande, l'excitation intellectuelle persiste. Les propos intarissables de la malade révèlent une fuite d'idées considérable. Les troubles de l'attention sont accentués. Les perceptions inexactes ne sont pas rares. Le ton affectif demeure euphorique, mais témoigne d'une grande mobilité ; les colères sont fréquentes et les réactions violentes de caractère impulsif demeurent la règle.

Cet état n'aura connu aucune rémission, même de courte durée. Aucun symptôme nouveau n'est apparu et en particulier, pas d'indice d'affaiblissement intellectuel, pas de propos ni d'actes dysharmoniques, pas d'idées délirantes d'aucune sorte. Devant la persistance d'un syndrome aussi pur, le diagnostic de manie chronique est posé en 1938.

*Etat actuel.* — Nous sommes maintenant au mois de janvier 1939. M<sup>lle</sup> R... est depuis trois ans et demi dans un état de vive agitation. Son excitation est autant

intellectuelle que motrice. Aussi, à l'encontre des autres malades du même type, la trouve-t-on dans un quartier d'agités. Elle s'entoure constamment d'un grand désordre, ses cheveux sont défaits, sa tenue souvent souillée. Elle nous accueille cependant très jovialement et avec la plus grande familiarité. Ses propos ne sont nullement incohérents. Encore jeune et atteinte d'un processus pathologique de début récent, le champ de ses idées ne se trouve pas encore réduit au rabachage stéréotypé de certains vieux chroniques.

Dûment sollicitée, son attention volontaire est capable de diriger le flux impétueux de ses idées et de les cordonner par des liens logiques. C'est ainsi qu'elle répond clairement et avec une précision étonnante aux questions qu'on lui pose. « J'ai 38 ans, je suis née à 3 heures du matin à l'Hôpital de la Charité, sous le nom de Suzanne, de père et de mère inconnus, le 14 décembre 1900 ». Elle connaît le jour, le mois, et l'année en cours, la date de son entrée à Saint-Yon. Se plaisant à nous montrer sa bonne mémoire, elle nous énumère les dates de naissance, de mariage, voire même de décès de chacun des membres de sa famille ! Elle est bien orientée. Aucun fond de débilité mentale n'est décelable.

Ses propos sont intarissables et, non dirigés, ils s'alimentent de remarques les plus variées, de digressions superflues, de fantaisies imaginatives. Ils sont empreints d'un érotisme très accentué et laissent en outre apparaître une excitation considérable de l'attention spontanée qui donne à la malade un esprit taquin et moqueur. Les perceptions sont d'ailleurs souvent inexactes et, en tous cas, toujours superficielles et précipitées. L'humeur est extrêmement mobile, mais l'euphorie reste le ton affectif prédominant. Les processus intellectuels supérieurs s'opèrent normalement et on ne peut noter aucun affaiblissement

des facultés mentales. Aucune construction délirante n'a été même ébauchée au cours de son séjour. Aucune hallucination véritable n'est apparue.

Les sentiments affectifs sont conservés. M<sup>lle</sup> R..., qui n'a plus que son frère, lui écrit assez souvent, nous demande parfois de ses nouvelles, attend ses visites.

Son activité se borne à un état d'agitation stérile. Elle est sans cesse en mouvement, court, chante et danse, déchire ses vêtements, se dénude, interpelle le médecin au moment de la visite. Mais la violence n'apparaît plus que rarement au milieu de cette grosse agitation.

Sa santé physique s'est toujours maintenue bonne. Son appétit est satisfaisant. Ses nuits sont calmes et elle dort maintenant parfaitement bien sans avoir recours aux hypnotiques habituels. L'examen somatique des différents organes n'amène aucune constatation intéressante.

### *Observation III*

M<sup>me</sup> V<sup>e</sup> C... née C... Marie, lingère, entre à Saint-Yon le 19 avril 1927, à l'âge de 58 ans.

Elle avait déjà fait, il y a 37 ans, un court séjour dans l'établissement. Un « état général de trouble et d'excitation » avait motivé cet internement qui devait durer deux ans. A cette époque elle était sujette à des « terreurs non motivées et présentait des troubles de sensibilité cutanée consistant en points d'anesthésie » qui avaient conduit au diagnostic de « folie hystérique » (Docteur Giraud).

Son mari est décédé en 1926. Elle n'a pas d'enfants, mais « ... J'ai deux enfants surnaturels, dit-elle, Magda et Rosina ; c'était sous la forme de deux lapins... Leur père est le Christ, le fils de Dieu... Je suis le mouton de Saint-Brieuc ».

Ses bavardages sont alors intarissables, avec toutes sortes d'idées extravagantes, souvent incohérentes. Le certificat de 24 heures est rédigé comme suit : « Excitation maniaque caractérisée principalement par de la surexcitation intellectuelle avec idées extravagantes et souvent incohérentes. Elévation du ton de l'humeur » (Docteur Latapie).

Ses propos sont autant de fantaisies imaginatives : « J'ai été arrêtée place du Vieux-Marché pour avoir montré une petite croix en nacre que j'avais trouvé mystérieusement à Q... chez M<sup>me</sup> T... en ouvrant un matelas... J'étais toujours poussée par le pousse pousse au c... tordu, et par la voix mystérieuse que j'ai en moi, la voix divine, ou peut-être la voix du scapulaire déchiré... J'appellerai le frère de Rosina et de Magda Vallée de Josaphat ».

Le certificat de quinzaine mentionne le même état « d'excitation maniaque caractérisée par de la suractivité intellectuelle avec désordre complet des idées. Humeur exhubérante. Déclamations » (Docteur Latapie).

Dès lors on n'enregistre plus de changement appréciable dans l'évolution de ses troubles. L'année 1927 se termine, l'exaltation intellectuelle persiste, les écrits restent prolixes et décousus ; elle ne cesse de déclamer et de se livrer à des extravagances.

1928 : Même état. Déclamations. Ton d'humeur très exalté. Travaille bien cependant. Manie intellectuelle plus que motrice.

Nous la suivons ainsi jusqu'en 1939 sans qu'aucune modification n'intervienne dans son état mental. Elle demeure toujours aussi exaltée et décousue dans ses idées ; ses écrits sont prolixes. Elle reste maniaqué, bavarde, désordonnée et l'horizon ne s'est jamais éclairci depuis son internement.

*Etat actuel.* — M<sup>me</sup> C... se présente à nous souriante, fort aimable, parlant avec aisance et familiarité. Sa tête est recouverte d'un fichu de laine noir, ses mains de mitaines. Ses cheveux rares, son système pileux assez développé, son visage rond et frais qui surmonte un cou gras et court, sa stature à la fois ramassée et large, rappellent beaucoup le type pyknique et impriment à sa physionomie un air jovial.

Elle se prête volontiers à l'interrogatoire auquel nous la soumettons. « En 1926, j'ai perdu mon mari... Je vais avoir 70 ans au mois de janvier, le 10. Je suis née en 1869. J'ai une bonne mémoire n'ayez crainte. Je me souviens de bien d'autres choses encore... J'étais déjà venue ici en 1890. J'y étais restée deux ans et demi et suis partie en décembre 1892. Je n'ai rien oublié, n'ayez pas peur ».

Questionnée sur les faits qui ont motivé son internement, elle raconte : « La domestique de l'Hôtel des Ambassadeurs à Londres m'avait jetée un sort. Les gens de l'hôtel m'ont fait du mal » ... « Je vois des visions. J'ai vu un jour la statue de Notre-Dame de Lourdes. Une autre fois j'ai vu les messes noires (elle explique : le curé qui dit la messe avec les ornements noirs), et puis tant et tant de choses que j'ai vu ! Je ne peux pas tout vous dire ... J'ai vu aussi saint Jean. J'ai vu les yeux du coq, et aussi ceux de la poule... c'était la poule aux œufs d'or !!... (éclat de rire prolongé)... Je suis gaie, je chante souvent... ».

Elle parle en effet sur un ton d'humeur gai avec un débit rapide. Les réponses d'abord précises s'égarant rapidement dans des digressions qui l'éloignent sans cesse de la question posée. De nouvelles interrogations doivent aiguiller un flux d'idées incessant et extrêmement mobile. Des éclats de rire entrecourent ses propos, principalement après des séries de mots rimés. Car les associations par assonance verbale, extrême-

ment fréquentes chez cette malade, semblent régir à peu près exclusivement le déroulement de ses idées. Comme nous le lui faisons remarquer, elle déclare : « J'en ai assez maintenant de faire des vers, pour y voir trop clair, avec Leclerc... ». Et pourtant c'est un processus dont elle a conscience : elle se plait manifestement à trouver des rimes, elle les recherche même parfois, s'en amuse, en rit quand ces associations lui apparaissent imprévues. Si l'on ajoute à cela une attention spontanée excitée, des perceptions faites d'identifications précipitées et superficielles, on voit à quel point ces troubles intellectuels peuvent donner un aspect chaotique, touffus, et souvent incompréhensible, aux propos de notre malade et lui imprimer un masque démentiel.

Et cependant un examen plus minutieux fait découvrir, sous cette incohérence apparente, l'intégrité des facultés mentales supérieures. La mémoire se révèle même particulièrement vive. Il n'existe de même aucun trouble profond de la personnalité. C'est à peine si l'on peut retenir ces idées délirantes extrêmement vagues et mobiles, sans ébauche même de systématisation, et qui semblent si peu adhérentes à la personnalité. Aucune illusion ni hallucination ne peut être notée. La débilité mentale ne peut pas non plus être invoquée.

Dans le domaine affectif, à part le ton euphorique habituel et prédominant, une mimique extrêmement mobile, et une certaine familiarité qui se manifeste d'emblée, aucune perturbation ne prend un relief particulier. Les sentiments apparaissent à peu près normaux.

L'activité de cette malade n'a jamais, semble-t-il, été en rapport avec les troubles intellectuels. L'excitation et le désordre n'apparaissent pas ici clairement. Si une certaine animosité se manifeste au moment des visites médicales, tout cela se borne à bien peu de choses. De façon stéréotypée, la malade reprend bien

vite la place qu'elle vient de quitter et poursuit avec calme et docilité les travaux qu'on lui fait entreprendre. Ses occupations, faites surtout de raccommodage et de couture, sont accomplies avec beaucoup de soin et de régularité. Dans les moments de loisir qui lui sont réservés, elle écrit, généralement en vers, des pages interminables où l'on retrouve les troubles intellectuels cités plus haut. En voici un exemple :

Sur le prie-Dieu  
De l'Eglise Saint-Jacques  
Dans la ville de Lisieux  
Fais nous voir la vague  
En regardant les cieux.

A la grotte inondée  
Que le tout soit politique  
A Rome recommandée  
J'ouvre les portiques

Frédéric nique, nique  
Avec sa petite boutique  
Qui vend des allumettes  
Sur sa petite brouette etc...

Cette manie chronique est donc demeurée, comme il a déjà été dit, beaucoup plus intellectuelle que motrice.

La santé physique de cette malade est parfaite. L'appétit et le sommeil sont normaux. Aucun trouble fonctionnel ou organique n'est apparu jusqu'alors au cours de son séjour. On ne relève en particulier aucun signe thyroïdien.

## Groupe B

### *Observation IV.*

M<sup>me</sup> H... sans profession, entre à Saint-Yon le 28 septembre 1922, à l'âge de 49 ans. C'est son troisième séjour.

Elle fut internée une première fois du 27 juillet 1917 au 15 novembre 1917, pour excitation intellectuelle, avec loquacité, interprétations délirantes et troubles sensoriels. On notait à cette époque : de l'agitation par intervalles, des tendances impulsives, des conceptions ambitieuses et des idées délirantes de grandeur et de persécution. Elle se montrait néanmoins assez gaie, et tout porte à croire qu'il s'agissait d'un simple accès maniaque, lequel fut d'ailleurs de courte durée.

Elle revient de nouveau le 22 février 1918 et reste internée jusqu'au 31 mai 1918, avec les symptômes suivants : agitation maniaque, incohérence des idées et des actes, interprétations délirantes, associations d'idées par assonces, troubles sensoriels et réactions violentes. Cet état s'améliore rapidement et la sortie est décidée une nouvelle fois.

Quatre ans plus tard, c'est une nouvelle rechute à laquelle ne devait plus succéder d'amélioration. Le certificat de 24 heures mentionne alors « excitation maniaque caractérisée par de l'excitation intellectuelle avec logorrhée, propos incohérents intarissables, par de l'agitation motrice, de l'instabilité dans les idées et dans les actes, des mouvements impulsifs, de l'élévation du ton de l'humeur. Légers troubles sensoriels » (Docteur Pochon.

Quinze jours plus tard, on note encore « excitation intellectuelle, bavardages intarissables souvent incohérents, agitation motrice avec mouvements impulsifs, grande élévation du ton de l'humeur » (Docteur Pochon.

Aucune amélioration ne survient, et nous la retrou-

vons en 1923 toujours en mouvement, parlant sans cesse, turbulente, dans une tenue assez excentrique : elle se couvre fréquemment la tête et le front d'un voile de couleur.

En 1924, une affection intercurrente consistant en un état grippal avec fièvre élevée à 40° n'apporte aucune modification dans ses troubles mentaux.

En 1934, devant la persistance de cet état, le diagnostic de manie chronique est porté pour la première fois. La malade, depuis son troisième placement est toujours restée la même. Elle manifeste de la surexcitation intellectuelle, de la mobilité des actes et des propos ; elle crie, chante, se montre bavarde, grossière. Une véritable agitation motrice apparaît par intervalles mais généralement sans réactions violentes. L'exaltation de l'humeur est toujours très grande.

*Etat actuel.* — L'aspect de M<sup>me</sup> H... est souvent excentrique. Ornée de rubans, de plumes ou de décorations variées, coiffée d'un chapeau aux formes bizarres, sa tenue attire de suite l'attention. Elle est généralement d'un abord assez aimable, mais toujours très familière. Parfois cependant aucun contact n'est possible : des bordées d'injures vous accueillent ou bien c'est un ordre impératif qui vous intime de partir. Le plus souvent, elle se montre joviale et attend le passage du médecin, debout, au garde-à-vous, bras croisés, tête haute en le fixant du regard. Elle fait alors un salut militaire, déclare : « Je suis Sadi-Carnot !! » et part dans un éclat de rire prolongé. Puis elle revient et interroge : « Qui est-ce qui a tué Carnot ? ... C'est vous... Versailles n'est pas en France... C'est Hoche qui est à Versailles... Je suis président de la République... ».

Comme nous lui demandons son âge, elle répond : « L'âge que vous me donnez. Est-ce que je sais l'âge que j'ai seulement !... (éclat de rire)... Plus de 65 ans. J'ai eu un père avant vous. Se habla español. Je parle

de Madrid, vous de Milan. J'ai un fils qui s'appelle Pierre. Vous savez qui je suis ? ... L'impératrice Eugénie »... « Je ne sais pas qui est Pierre. Téléphonez à Malakoff. Parlez à Landru ».

Elle parle avec volubilité, fait de grands gestes, se met debout, se rassied. Il est impossible d'obtenir une réponse précise tant son attention est difficile à fixer et tant est grande la fuite de ses idées. Inutile d'ailleurs de prolonger longtemps l'interrogatoire : l'attention volontaire étant à peu près nulle, la fatigue rend plus manifeste encore cette difficulté de tenir en éveil ses facultés mentales. Et pourtant, sa mémoire est conservée. Nous avons pu nous en rendre compte quand parfois au cours de la visite médicale journalière, elle consent une réponse qui ne s'achève pas trop vite dans un éclat de rire. C'est ainsi que nous savons encore qu'elle s'oriente correctement dans le temps et l'espace.

Car le plus souvent, sur un ton d'humeur élevé, mais qui reste euphorique, elle débite des propos sans suite, incohérents, dont les liens fragiles sont parfois des assonances verbales, parfois des insaisissables qui régissent le cours d'associations d'idées toujours superficielles. Si quelquefois son attitude volontiers hautaine, des idées ambitieuses, d'ailleurs bien fugaces, peuvent orienter vers un délire de grandeur, à aucun moment on ne peut noter une participation quelconque de la personnalité. Il n'est point besoin de pénétrer bien loin dans le psychisme de cette malade pour comprendre que ce n'est là qu'une façade, un jeu, qui n'a pour but que la recherche du spectacle, et qui témoigne d'une affectivité exagérée.

Après 16 ans de cet état maniaque, il ne reste que bien peu de chose de l'agitation du début. Il est bien rare en effet de voir M<sup>me</sup> H... gesticuler, crier, chanter, ou danser spontanément. Cette excitation latente a besoin d'être réveillée pour apparaître, et il faut la

provoquer par un interrogatoire, un ordre impérieux ou tout autre moyen. Elle n'est généralement que de courte durée, la malade revenant bientôt dans un état de calme relatif compatible avec l'accomplissement de travaux simples tels que : ramasser et plier du linge, aller à la cuisine générale en compagnie d'autres malades chercher la nourriture à l'heure des repas etc...

Mais sous cet automatisme et cette inactivité apparente, résultat pour une grosse part d'un séjour asilaire prolongé imprimant au malade une série d'habitudes toujours les mêmes, on ne dénote pas d'indifférence véritable, pas de désintérêt profond. Il n'existe, nous l'avons vu, aucun affaiblissement des facultés mentales. Les sentiments affectifs sont conservés. On ne constate aucun délire systématisé, aucune hallucination, seulement quelques illusions de fausse reconnaissance habituelles à l'état maniaque.

Du côté de l'hérédité, les renseignements que nous avons pu avoir par le fils de M<sup>me</sup> H... ne révèlent aucune tare psychopathique.

L'état physique est satisfaisant. L'appétit normal. Bien que le sommeil soit généralement calme et régulier, on observe parfois un peu d'agitation nocturne.

#### *Observation V*

M<sup>lle</sup> R... entre à Saint-Yon le 11 avril 1922, à l'âge de 34 ans. C'est son troisième séjour.

1<sup>er</sup> séjour du 5 septembre 1906 au 14 avril 1908. Elle est alors âgée de 19 ans. Après une courte période de dépression, elle présente un état d'excitation, avec instabilité de l'humeur, incohérence dans les idées et dans les actes, insomnie, quelques hallucinations et idées délirantes de persécution mal systématisées. Subagitation entrecoupée de périodes de calme, puis accès de violente agitation de courte durée, suivis d'une amélioration

progressive. Elle sort guérie en avril 1908.

On note à cette époque une intelligence qui paraît peu développée et une voûte palatine fortement ogivale.

2<sup>e</sup> séjour, du 12 juin 1911 au 25 avril 1912. Le certificat mentionne alors : débilité mentale. Elle présente des idées de persécution avec hallucinations de la vue et de l'ouïe, et un peu plus tard, de l'excitation intellectuelle avec idées délirantes multiples et réactions impulsives violentes par intervalles. Elle tient des propos sans suite, crie, chante, reste très troublée avec de courtes périodes de calme. C'est un accès maniaque chez une débile qui persiste jusqu'au mois de février 1912. Brusquement alors, l'agitation disparaît et la malade sort guérie de son accès en avril de la même année.

3<sup>e</sup> séjour. C'est en 1922 qu'on assiste à une dernière rechute. Les renseignements nous apprennent que depuis sa dernière sortie, elle a été placée comme domestique à plusieurs reprises, mais chaque année elle a du interrompre son travail « à cause de troubles dans la tête ».

Au mois d'avril, elle se plaint d'éprouver des maux de tête au niveau de la nuque. Elle raconte qu'en s'endormant il lui semble qu'elle ne va plus se réveiller. Elle ne peut plus travailler parce qu'elle ne se sent plus la force de le faire et qu'elle a toujours des envies de pleurer. Quand elle souffre dans la tête, « ça bourdonne dans ses oreilles, quelquefois ça parle ». On lui dit souvent : « tu souffres ». Elle ressent dans le corps des « secousses électriques ».

C'est avec ces troubles qu'elle est placée à Saint-Yon. Le certificat de 24 heures est alors le suivant : psychose périodique consistant actuellement en un accès de dépression mélancolique, avec sentiment d'impuissance, tristesse non motivée, troubles sen-

soriels sous forme d'hallucinations de l'ouïe » (Docteur Pochon).

Chaque année d'ailleurs, au printemps ou à l'automne, elle présenterait régulièrement une période de dépression.

Le certificat de quinzaine note que l'accès paraît évoluer vers l'amélioration. Celle-ci apparaît en effet vers le mois de mai 1922, et la malade, qui par ailleurs jouit d'un bon état de santé physique, entre en convalescence.

Mais cette atténuation en apparence totale des symptômes mentaux ne devait être que de courte durée. Dès la fin de juillet de la même année, la malade entre dans une nouvelle phase de sa maladie. Celle-ci devait se prolonger, comme nous allons le voir, sans aucune rémission.

A cette époque, en effet, commence un état d'agitation très accentué. La malade rit, chante, jette ses affaires, se montre irritable, tient des propos sans suite dans lesquels les grossièretés et les obscénités se mêlent aux injures de toutes sortes. Elle est violente, impulsive, désordonnée, gesticulant sans cesse, déchirant ses vêtements et refusant de se laisser soigner. Cet état de surexcitation persiste sans aucune rémission, même de courte durée. Les lettres qu'elle écrit à sa famille durant cette période reflètent bien le chaos de son esprit. Elle se promène dans des accoutrements bizarres, refuse de se couvrir chaudement et convenablement, veut se faire couper les cheveux, arracher les dents etc... Dans la cour du quartier elle donne l'impression d'un démon : elle se déshabille, circule pieds nus, ses cheveux sont défaits et il est vain de songer à l'aborder ou à lui porter conseil.

L'insomnie étant la règle, et tout repos demeurant impossible, cette agitation maniaque persistante devait fatalement avoir une répercussion sur son état physique.

Un état de maigreur assez prononcé faisait bientôt place à l'embonpoint habituel de la malade ; à tel point que sa famille se refusait à venir la visiter tant elle faisait peine à voir.

Pourtant, vers le mois de juillet 1923, le sommeil réapparaît et les nuits deviennent meilleures. L'agitation persiste cependant dans la journée. Après des crises aussi violentes et longues, on redoute que des signes de chronicité ne subsistent. Remarquons au passage cette amélioration de l'état général sans progrès parallèle de l'état mental.

Pourtant, vers le début de l'année 1924, on peut noter malgré l'agitation maniaque continue de très courtes périodes d'atténuation des symptômes, mais sans phase de calme réel. Elle se montre alors un peu plus aimable, devient capable de s'occuper et fait même quelques points de couture. Mais elle manifeste toujours une logorrhée intarissable, de la mobilité de l'esprit, de l'humeur, avec caractère violent, autoritaire. Elle reçoit généralement mal ses sœurs qui ont peur d'elle. D'ailleurs, elle est dangereuse, présente de fréquentes colères et frappe.

Malgré cet état, elle comprend encore les ordres et suit quelques instants une conversation ne donnant pas, sans cet aspect d'agitation stérile, l'impression d'une démente.

Nous allons suivre d'année en année l'évolution de ce cas, désormais chronique, dans les notes rencontrées à la lecture de son observation.

Au mois de juin 1925, aucune sédation dans les symptômes : pas d'atténuation dans l'agitation motrice. Sautes d'humeur. Troubles du caractère avec colères. Irritabilité. Injure, tutoie, essaie de frapper avec les poings ou ses chaussures. Violente, autoritaire, impulsive, elle est sans cesse en mouvement, criant, gesticulant, déchirant. Passe par les fenêtres. Casse les

carreaux. Reçoit mal sa famille. Très grande instabilité. Croit parfois être persécutée. Insomnie. De temps à autre fait un peu de couture. Malgré le gros état d'excitation, de logorrhée, l'état physique reste satisfaisant.

Janvier 1926. Pas d'amélioration, état maniaque persistant avec désordre dans les idées et dans les actes. Tracassière, jalouse, moqueuse, elle est toujours en mouvement et ne cesse d'invectiver tout le monde. Injure, interpelle. Propos grossiers, obscènes. Réactions vives, violentes et parfois dangereuses. N'hésite pas à lever la main. Parfois, pendant quelques jours, atténuation des symptômes. Montre peu d'affection pour ses sœurs qu'elle effraye beaucoup. Insomnie. Cris. Veut se faire arracher toutes les dents (qui sont en effet mauvaises pour la plupart).

Juin 1927 : Persistance depuis 1922 de l'état de vive agitation maniaque. Turbulente, impulsive, elle crie, gesticule. Idées délirantes de persécution, de jalousie. Excitation psychique intense. Réactions vives. Se roule à terre. Accompagne la visite. Très instable. Parfois plus calme, aimable, travaille ; puis les phases d'agitation réapparaissent et elle ne cesse de gesticuler. Sous ce fond d'excitation, on sent encore un certain degré d'intelligence et sa mémoire est conservée. Elle se montre parfois même assez aimable à l'égard de ses sœurs. Etat maniaque chronique.

Mars 1928 : Pas de changement dans l'état de vive agitation maniaque. Logorrhée. Graphorrhée. Moqueuse, tracassière. Propos décousus ; réactions vives. Impulsions. Pleure, chante. Tourne autour des médecins. Suit la visite.

Janvier 1929 : Pas de changement notable dans l'état maniaque chronique de cette malade. Très turbulente. Vive, emportée, moqueuse, tracassière. Colleccionne. Fait de grands gestes et de longs discours

et dans sa conversation, on retrouve des sarcasmes et moqueries. Réactions très violentes et colères très vives. Susceptible, instable. Bondit et tourne autour du personnel au moment de la visite. Suivant les jours, elle est plus ou moins aimable et reçoit plus ou moins bien sa sœur qui vient la voir une fois par mois. Travaille autant que la fuite de ses idées et son instabilité le lui permettent.

Septembre 1930 : Persistance d'un état maniaque avec de temps à autres de courtes phases d'hypomanie. Elle reste toujours très malade et on ne constate pas chez elle de périodes intercallaires d'accalmie vraie. Instable et irritable, elle est toujours en mouvement. Elle crie, chante, déchire et on ne peut lui confier que quelques gros ouvrages.

Fuite considérable dans les idées. Idées délirantes de toutes sortes. Illusions de fausse reconnaissance. Très moqueuse. Collectionne. Remet toutes sortes de papiers à la visite.

Reçoit bien ses sœurs. Travaille un peu. Etat maniaque chronique.

Octobre 1931 : Accès d'agitation maniaque persistante, en ce sens que les moments de calme relatif sont très courts. Elle chante, crie, gesticule, fait de grands gestes et est toujours en mouvement. Bons sentiments affectifs : elle reçoit assez bien sa sœur. Parfois elle fait un peu de couture, mais son excitation est telle qu'un rien l'énervé, l'excite, la fait vibrer et parler de façon extravagante.

Mai 1932 : Propos décousus et fuite d'idées. Derrière ce fond d'agitation, elle fait de bonnes réponses et on sent qu'elle n'est pas démente. Propre. Bon état physique.

Décembre 1933 : L'année a été moins mauvaise en ce sens que les gros accès d'agitation qu'elle présente par intervalles irréguliers, ont été moins longs et plus

espacés. Il s'est trouvé des périodes assez bonnes au cours desquelles elle travaillait à la couture, était aimable, polie, mais toujours vive, instable et vibrante. Propre. Pas d'affaiblissement intellectuel.

Novembre 1934 : Elle fait au début de septembre une fièvre typhoïde. La température élevée et persistante de cette affection intercurrente exerce une action heureuse sur l'évolution immédiate de ses troubles mentaux. Depuis la convalescence elle se montre très améliorée au point de vue mental. On peut s'entretenir raisonnablement avec elle. Mais quand on lui parle d'une sortie possible, elle déclare : « Non monsieur le docteur, je ne veux pas sortir, je ne m'en sens pas encore assez solide ». Elle devait avoir raison car une rechute survint peu après. Le résultat acquis, s'il était heureux, autant qu'imprévu après 12 ans d'agitation maniaque, n'était que temporaire.

Depuis cette époque l'excitation persiste avec son cortège symptomatique habituel.

*Etat actuel.* — M<sup>lle</sup> Lucie R... présente encore actuellement un état d'excitation maniaque très accentué. Sa tenue est propre, mais souvent excentrique. On peut juger de son allure avec ses deux manteaux endossés l'un par dessus l'autre, son bonnet de laine claire, ses deux écharpes de crêpe aux couleurs vives, son foulard de laine, son fichu noir dont elle s'enveloppe la tête, le tout orné d'oripeaux variés, médailles ou écailles dont elle s'affuble habituellement. Elle nous montre ses objets personnels, nous confie familièrement à l'oreille de multiples détails sans importance, tout en parcourant sans arrêt la pièce de long en large, avec de grands gestes et des expressions de physionomie extrêmement variées.

Son regard brillant et mobile reflète une excitation cérébrale très vive. On a peine à suivre sa pensée tant elle s'exprime avec une incroyable volubilité. La fuite

d'idées se révèle considérable. Son attention, impossible à fixer, est cependant excitée quand elle s'exerce spontanément. La richesse de ses perceptions en témoigne ; mais celles-ci ne sont le plus souvent qu'ébauchées et même déformées. Dans ce chaos apparent, on peut pourtant retrouver à peu près intactes toutes les fonctions intellectuelles supérieures qui n'ont subies aucun affaiblissement malgré cette excitation prolongée.

De temps à autre des bouffées délirantes polymorphes apparaissent. Leur rapport avec un fond de débilité, déjà constaté, est probable.

Elle répond de façon précise et avec vivacité aux questions posées : « Mon nom ? si c'est de la part de M<sup>r</sup> Camille B..., mettez Lucie R... ». Elle a « 50 ans ». Elle est née « en 1888, le 26 septembre... mettez september pour les Anglais... Vous connaissez l'anglais ? Du pain, c'est du bread, du yes c'est du oui... etc... ».

Elle nous montre une mémoire excellente, une orientation correcte dans le temps et l'espace, une conscience entière de sa situation. « Je suis au quartier Sainte-Claire, dit-elle, dans une maison de repos, parce que quelquefois on se met à trop bavarder... il faut garder sa langue ».

Elle manifeste une humeur mobile à ton euphorique prédominant, mais se montre souvent irritable. En général la même instabilité, la même excitation apparaît dans le domaine affectif.

L'activité de cette malade est faite d'agitation sans violence, et de désordre. Rarement, elle s'est révélée capable d'une occupation même simple. Le manque de continuité dans l'effort est manifeste. D'ailleurs le degré d'agitation qu'a toujours présenté M<sup>lle</sup> R... est incompatible avec tout travail minutieux.

Il est remarquable de constater, en terminant cette observation, que notre malade, grande agitée le jour, jouit actuellement d'un sommeil régulier, naturel et se

montre la nuit fort calme, ce qui lui permet d'avoir sa place dans le dortoir commun. Son appétit est par ailleurs excellent et son état physique satisfaisant à tous points de vue. Aucun de ses appareils ne révèle à l'examen d'insuffisance fonctionnelle.

## Groupe C

### *Observation VI*

M<sup>r</sup> B... Jules entre à Quatre-Mares le 12 mai 1931, à l'âge de 41 ans, avec le certificat d'admission suivant : Actes délirants, idées de grandeur. Idées érotiques. Réactions. Il est chef de police havraise et internationale ; il est chef amateur sans traitement. Il a pris des plaques d'identité pour retrouver un individu qui a des mœurs dégoutantes ; peu après, il a vu une fillette à qui un autre faisait des gestes obscènes. Il a du intervenir et s'il s'est défendu dans la rue, c'est que 15 à 20 personnes ont voulu l'arrêter. Mais il travaille toujours. Il vient de passer 15 jours dans les maisons closes du Havre pour arrêter les espions ; mais il ne les arrête pas, il les fait arrêter, il est très puissant, il commande à toute l'armée française... ».

Le certificat de 24 heures mentionne « excitation maniaque avec mobilité des conceptions, idées délirantes polymorphes, loquacité continue, vantardises, attitudes prétentieuses et grandiloquentes.

Déjà traité à Quatre-Mares pour un accès du même ordre et placé récemment dans les asiles de la Seine » (Docteur Hamel).

Le même état est noté à la quinzaine. « Excitation maniaque avec loquacité, vantardises, mobilité des idées et des impressions, conceptions délirantes polymorphes » (Docteur Hamel).

Les renseignements nous apprennent que B... était sur le point d'être transféré de Ville-Evrard lorsqu'il a obtenu sa sortie « sur son intervention personnelle », dit-il. Il raconte qu'il a été depuis lors en Belgique « ou tout près » puis au Havre. Il vient d'être arrêté à Rouen et envoyé à l'asile.

Il se montre bavard, avec des réticences, mais assez tranquille cependant. Il s'est reconnu dans le quartier où il était précédemment. Il ne répond qu'en consultant son carnet où il a minutieusement consigné ses allées et venues.

En général on le découvre incohérent et bavard, tenant des propos agressifs, insolents, parmi lesquels on relève des mots orduriers et des insultes, écrivant des lettres désordonnées ce qui constitue son passe-temps habituel. L'excitation psycho-motrice est grande, l'humeur est mobile à teinte euphorique prédominante.

Cet état maniaque persiste sans accalmie véritable depuis bientôt huit ans ; et la continuité comme la similitude des accidents attestent qu'il n'y a jamais eu aucune transformation, amélioration ou aggravation dans l'évolution de cet état.

*Etat actuel.* — M<sup>r</sup> B... ne se prête pas volontiers aux interrogatoires. Il n'aime guère les questions qui lui paraissent trop indiscrètes et n'accorde ses instants qu'à ceux qui lui plaisent ; il sont d'ailleurs assez rares. Généralement très méfiant, irritable, il parle avec excitation sur un ton d'humeur agressif et hautain, chapeau sur la tête et mains dans les poches. Il va et vient, gesticule, parle haut, crie parfois et martèle certains mots en les accompagnant de locutions ou de jurons vulgaires.

Le premier contact trahit rapidement un état d'excitation psychique et motrice. Mis en confiance après quelques instants, le malade devient rapidement d'une familiarité excessive, tutoie, coupe la parole, s'assied

sur la table, plaisante, tape sur l'épaule du médecin et manifeste une euphorie débordante. A mesure qu'il parle, on note de la fuite des idées qui donnent à ses propos un caractère décousu, avec des digressions continuelles.

L'attention est d'ailleurs très mobile et difficile à fixer. L'attention spontanée est au contraire excitée. La mémoire se révèle particulièrement vive. Le jugement fait preuve d'une malveillance évidente dans les critiques continuelles à l'entourage. Les perceptions sont exactes. Il n'y a pas d'hallucinations. Le fond intellectuel est intact : aucun affaiblissement ne se manifeste.

Les sentiments affectifs sont assez émoussés. Le malade possède encore une sœur qui de temps en temps vient le voir. Il la reçoit toujours très mal et l'insulte grossièrement. Dans son comportement journalier, il ne manifeste cependant ni indifférence, ni désintérêt. On dénote chez lui, au contraire, outre l'euphorie habituelle, la satisfaction, le sentiment de bien-être physique, un élan, un enthousiasme bien mis en évidence par ses entreprises chimériques dans tous les domaines de l'activité.

Mais cette activité, libre de tout frein, par l'inaccessibilité même des buts qu'elle se propose, demeure le plus souvent vaine, stérile. Tout se borne à une excitation continuelle, entretenue par la foule des projets qui germent sans cesse dans l'esprit du malade au gré de son imagination luxuriante. Aucun travail ne peut de ce fait être accompli.

On se trouve bien ici en présence d'un maniaque, dont la symptomatologie est aussi complète que typique. Cependant nous voudrions insister sur un autre aspect du syndrome. Par certains côtés, en effet, le malade se présente comme un délirant chronique du type paranoïaque. Nous avons noté déjà ce mélange

d'orgueil et de méfiance dans son attitude. Écoutons ses propos : « je suis né à Gravelle Saint-Honorine, le 27 septembre 1889. J'ai 49 ans passé... Je suis atteint de psychose, comme dit la bourrique de R... Mais je suis entré ici volontairement pour surprendre les fous de la médecine... J'ai été abattu par la police rouennaise le 12 mai 1931 parce que j'allais saisir une maison où on enc... des gosses de 6 à 12 ans. Je faisais de la police internationale amateur... Je suis déjà venu en 1911 les faire ch... pendant 11 mois. J'étais venu jouer ici au lieu d'aller faire du plein ventre à Noisy-le-Sec, au service militaire ! ... Mais à Paris on me relâche car on me connaît. On a des ordres supérieurs... On m'appelle la vache du Havre... J'ai fondé dix sociétés de football, colombophilistes, les poilus d'Orient d'Yvetot... Je ne veux pas m'en aller parce que je veux qu'on me paye mes internements illégaux... »

Il faut ajouter à ces propos les faits qui ont motivé son internement et qui sont rapportés dans le certificat d'admission.

Il n'a aucune hallucination ni illusion de fausse reconnaissance ; « ces termes là — dit-il — ça existe pour les médecins, ce sont tous des détraqués ». Mais on peut noter quelques interprétations délirantes. Cependant aucun lien logique bien net n'enchaîne ses idées. Il fait plutôt des déductions hâtives, au gré de son activité imaginative, celle-ci d'autant plus grande qu'il est plus excité. La conviction délirante existe pourtant. Il croit fermement à ses propos. Si parfois il part dans un éclat de rire, c'est qu'il a conscience de sa force et de sa toute puissance. Il n'admet pas de discussions avec ceux qui ne le comprennent pas.

Certes les idées ambitieuses, mégalomaniaques, qui émergent au milieu de ses propos érotiques et grossiers, ne sont pas groupées en une systématisation bien nette.

Mais elles se sont imposées à sa conscience, sont devenues prévalentes, de sorte qu'il les émet à chaque interrogatoire quelque soit l'état affectif du moment.

Il n'oublie rien, ne se contredit pas, ne paraît pas différent d'un jour sur l'autre. Il a une ligne de conduite en tant que « chef de la police havraise et internationale ». C'est davantage, semble-t-il, qu'un simple jeu. La dignité qu'il représente paraît motiver la plupart de ses actes, même les plus violents qui restent en général adéquats.

Quand il écrit (la graphorée est manifeste chez lui) c'est souvent à des personnalités importantes, politiques, judiciaires ou administratives. Toutes sont évidemment de ses amis à qui il demande d'intervenir pour mettre fin à cet état de choses. Il écrit ainsi au préfet dans le vocabulaire qui lui est familier : « Vieille branche — Tu ferais pas mal mon petit potaux, toi qui es un mec, de me faire foute dehors de ce bordel là, car ça commence à me baver sur la rondelle cette vie de croquemort. Etre enfermé avec des fadas, si c'est ça le repos, merci !!! Enfin, en attendant que tu fasses quelque chose pour moi, vieille branche, je vais attendre. — Ton pot » — Signé, B...

Ce malade se présente donc à nous comme un délirant, par son attitude, son comportement, ses propos assez fixes sous cet aspect chaotique et mouvant, ses écrits, ses réactions assez soutenues. Et pourtant, nul ne songerait un instant à faire de lui un paranoïaque revendicateur ou processif. La systématisation, le mode logique de ses raisonnements sont trop fragiles et la part imaginative trop grande. Il trouve sa place toute naturelle dans le groupe des délires de la manie chronique dont il représente un type indiscutable.

Signalons, en terminant, l'hérédité très chargée de M<sup>r</sup> B... : Sa mère est internée à Saint-Yon depuis 1933.

Elle a fait à l'âge de 66 ans un état maniaque sur un fond d'involution sénile qui a évolué vers une démence complète. Une tante maternelle aurait également fait un séjour à l'asile de Cadillac. Le rôle de la prédisposition et du terrain dégénératif dans l'apparition de ce cas assez complexe ne fait donc aucun doute.

---

## LA MANIE CHRONIQUE

### ÉTUDE CLINIQUE

---

Nous allons, d'après les observations que nous posédons, essayer de brosser un tableau clinique schématique de la manie chronique. Notre séjour prolongé comme interne des Hôpitaux psychiatriques de la Seine-Inférieure nous a permis de suivre de très près nos malades et de nous faire une opinion précise sur la question. Notre conception, qui ne diffère que par des points de détail de l'observation type qu'ont pu construire Hamel et Vernet<sup>1</sup>, paraît concorder assez bien avec la remarquable étude clinique esquissée par MM. Laignel-Lavastine et Jean Vinchon<sup>2</sup>.

Les caractères communs, qui se dégagent à l'examen de ces observations, permettent d'établir une symptomatologie particulière et quasi-spécifique de la manie chronique qui nous est apparue ainsi comme une entité morbide distincte. Mais pour étayer cette conception, il est indispensable de ne conserver dans

1. Hamel et Vernet, *Contribution à l'étude de la manie chronique*, « *Encéphale* », 1921, p. 598.

2. Laignel-Lavastine et J. Vinchon, *La manie chronique*, « *Annales M.P.* », 1921, t. I, p. 203.

notre étude que les formes pures dégagées de toute association. Ce sont ces formes pures qui seules feront l'objet de ce chapitre.

### **Définition**

On est souvent embarrassé quand il s'agit de définir une psychose. A défaut de connaissances anatomo-pathologiques précises, la même difficulté se retrouve ici, accrue encore du fait de la rareté du type envisagé. Notre définition ne pourra être que clinique.

Primitive ou secondaire, la manie chronique nous apparaît caractérisée essentiellement par la persistance sous une forme généralement atténuée des symptômes de l'excitation maniaque.

### **Etiologie**

Dans les formes pures, l'affection débute en effet par un accès de manie aiguë ou par un état de simple excitation maniaque, sans qu'il soit possible le plus souvent de relever dans les antécédents personnels du malade de troubles mentaux antérieurs. Parfois cependant on a pu noter à l'état latent un certain degré d'excitation, un tempérament expansif se manifestant par une activité débordante, un manque de pondération et peut-être un certain déséquilibre psy-

chique. Dans ces cas, on peut sans doute parler d'une hypomanie constitutionnelle, qui s'affirmerait dans l'éclosion de manifestations plus bruyantes, survenant à propos de causes occasionnelles mal déterminées. La manie chronique serait bien ainsi une « excitation constitutionnelle ». Faut-il mettre en cause la thyroïde ? Son rôle en psychiatrie est indiscutable ; Laignel-Lavastine l'avait déjà montré au Congrès de Dijon en 1908. Mais nous n'avons pu relever chez nos malades aucune manifestation thyroïdienne quelconque qui puisse faire soupçonner l'intervention de cette glande dans la génèse de l'affection.

Nous ne possédons que trop peu de renseignements pour apporter une opinion bien valable sur le rôle de l'hérédité. Mais il nous paraît cependant que les tares assez lourdes sont rencontrées surtout dans les manies chroniques dont la symptomatologie moins typique répond aux cas plus complexes envisagés au chapitre suivant.

### **Fréquence — Sexe — Age**

En tous cas, contrairement à l'opinion ancienne, la manie chronique demeure une affection d'une extrême rareté. Nous n'avons pu en réunir que six cas dans un établissement qui groupe plus de 2600 malades, hommes et femmes. Et encore, trois seulement appa-

raissent absolument purs, comme une affection primitive et dégagée de toute association morbide. Ils concernent tous des femmes. La fréquence de la manie chronique dans le sexe féminin a été observée à peu près par tous les auteurs.

L'éclosion des premiers accidents se situe, selon nous, entre 35 et 45 ans dans la plupart des cas, parfois plus tard. Si ce n'est pas, comme Renault croit pouvoir l'affirmer, une affection de jeunes, il ne faudrait pas en déduire pour cela que le début de la manie chronique se fait à l'âge mûr. Laignel-Lavastine l'a d'ailleurs souligné : « Le maniaque chronique est loin du sénile par l'âge, par l'aspect physique et le bon état général ».

### **Critères de chronicité**

Peut-on conclure de façon certaine à la chronicité d'un accès maniaque qui se prolonge ? C'est une question assurément très délicate à résoudre et il est bien difficile de saisir le moment précis où le malade a perdu toute chance d'une guérison à brève échéance. Beaucoup d'auteurs ne tiennent compte que de la durée des troubles et fixent le plus souvent à 18 mois le cap que tout accès maniaque ne devrait franchir sans crainte de devenir chronique. Ce délai, qui ne peut être qu'une moyenne, répond semble-t-il à des

données statistiques solidement établies. Il demeure néanmoins raisonnable, sous peine de lourdes erreurs de pronostic, de ne considérer comme manie chronique que les cas très prolongés. Mais il nous paraît plus digne d'intérêt d'étudier ici certains signes que de nombreux auteurs ont décrits, et dont l'apparition doit faire redouter la chronicité des troubles mentaux.

Fabret avait indiqué des mouvements convulsifs et des vacillations involontaires des yeux. Ce sont là de petits signes dont la valeur est discutable et qui, s'ils existent, nous semblent bien difficiles à saisir. Aucun fait de ce genre n'a été relevé dans nos observations. Par contre, à côté des modifications observées dans l'état mental des malades et que nous verrons plus loin, existe un syndrome physique indiscutable que nous allons résumer ici et qui contribue également à l'individualité du type manie chronique.

Au moment de l'accès maniaque du début, l'organisme tout entier est l'objet de perturbations plus ou moins graves selon les cas. Tous les appareils sont atteints à des degrés variables et le malade s'achemine peu à peu vers l'état de cachexie souvent considérable où le conduit sa grande agitation. S'il guérit, les troubles mentaux s'amélioreront parallèlement à l'état physique. Si, au contraire, le passage à la chronicité doit avoir lieu, on verra se produire une sorte de dissociation entre l'état mental et l'état

physique. Celui-ci, en effet, nous a paru de façon constante présenter des modifications dans le sens de l'amélioration, tandis que les troubles mentaux, s'ils présentent également une évolution suffisamment caractéristique pour donner au malade un aspect différent, persistent malgré tout et s'accroissent même souvent, au point de causer des désordres parfois irréparables.

### Syndrome physique

Parmi les principaux phénomènes d'ordre physique que nous avons pu enregistrer, nous citerons avant tout le poids, dont la courbe, après une baisse régulière correspondant à l'amaigrissement progressif, remonte peu à peu. « Ne vous réjouissez jamais — dit Lévy-Valensi — quand un vésanique, non nettement amélioré, reprend du poids »<sup>1</sup>. Cette augmentation du poids vient annoncer la reprise des fonctions physiques et l'amélioration de l'état général. Le sommeil reparaît en effet ; l'appétit qui naguère était exagéré jusqu'à la gloutonnerie devient normal et les fonctions digestives reprennent leur régularité. La menstruation se rétablit généralement. Les troubles circulatoires, s'ils existaient au début, s'atténuent. La force musculaire n'apparaît pas accrue de façon

1. Lévy-Valensi, *Précis de psychiatrie*, 1926, p. 203.

notable ; il en est de même de la résistance à la fatigue et au froid ; et la frilosité, observée chez certaines de nos malades, fait contraste avec l'indifférence remarquable manifestée, en phase aiguë, par les maniaques en face des variations thermiques.

Ce sont là des faits assez constants pour être pris en sérieuse considération lorsqu'ils apparaissent au complet au cours d'un accès de manie aiguë ou d'un simple état d'excitation maniaque qui se prolongent. Mais, comme le dit justement Anglade, « le moment précis où s'opère le passage de l'état aigu à l'état chronique n'est pas facile à saisir, et aucun signe pathognomonique ne le caractérise avec certitude »<sup>1</sup>. Il serait certes important de savoir si tel accès maniaque est destiné à guérir ou à ne pas guérir, et dans ce dernier cas de pouvoir fixer à quel moment s'opère la transformation de l'état aigu en état chronique. « Malheureusement, ces précisions ne cadrent guère avec la contingence et la relativité des faits morbides et rien ne marque de façon certaine les temps successifs des phases des psychoses, la durée moins que tout le reste, car ces affections peuvent être devenues chroniques au bout de quelques mois comme ne pas l'être encore au bout de plusieurs années »<sup>2</sup>.

Nous allons voir maintenant en étudiant la men-

1. Gilbert Ballet, *Traité de pathologie mentale*, 1903, p. 284.

2. Régis, *Précis de psychiatrie*, 6<sup>e</sup> éd., p. 384.

talité du maniaque chronique une modification très nette de certains symptômes ; mais ici encore, comme on pouvait le penser à priori, les nuances de l'évolution du psychisme des malades sont d'une difficulté d'observation telle que le pronostic de chronicité demeure pratiquement impossible à établir avec une absolue certitude en face d'un cas de manie qui se prolonge.

### Symptomatologie

Afin de mettre mieux en relief les différences qui existent entre l'état aigu et l'état chronique chez les maniaques, nous allons reprendre un à un les signes de cette affection groupés par Dide et Guiraud <sup>1</sup>.

#### *Troubles cénesthésiques et affectifs.*

Le bien-être physique persiste indiscutablement. La santé de ces malades est d'ailleurs nettement améliorée à ce stade, mais peut-être en font-ils un peu moins état.

L'hyperesthésie des sensations nous semble quelque peu émoussée. Si le maniaque chronique éprouve des satisfactions faciles, il ne vibre plus avec autant d'intensité et ne manifeste plus ces grands élans du début. Un certain degré d'indifférence et d'apathie n'est pas rare à une époque plus avancée.

1. Dide et Guiraud, *Psychiatrie du médecin praticien*, 2<sup>e</sup> éd., p. 161.

L'euphorie, symptôme affectif fondamental, en rapport étroit avec les sensations cœnesthésiques, se retrouve dans la manie chronique. C'est l'hyperthymie kraepelinienne. Mais ce ton affectif élevé, apanage des états d'excitation légers si l'on en croit Deron, est ici cependant beaucoup moins fréquent. Le malade demeure certes confiant, hardi, optimiste, mais comme nous l'avons fait remarquer plus haut, il manifeste moins ses sensations.

L'excitation érotique persiste en général au même degré qu'au début. Ball soulignait justement : « Il n'est point de femmes en état d'excitation maniaque qui n'ait en même temps de l'excitation sensuelle ».

L'enthousiasme mystique s'est apaisé, du moins dans ses manifestations bruyantes. Nous verrons qu'il entre dans la 'génèse de certains délires d'états maniaques moins purs.

La libération des freins éthiques persiste. Ces malades ne s'embarrassent généralement point des entraves créées par les notions de morale et donnent libre cours à leurs tendances antérieurement refoulées ou domestiquées.

La causticité s'observe aussi. Gilbert Ballet avait bien vu dans l'optimisme du maniaque cette malveillance qu'il opposait à la bienveillance du paralytique général. Le maniaque chronique demeure taquin, se plaît à ridiculiser et parfois même à injurier son

entourage, mais se montre rarement méchant ou calomniateur.

L'aisance, la familiarité se retrouvent mais dégénèrent rarement en grossièreté. L'incorrection ou l'impolitesse de tenue et de langage n'atteignent jamais ce que l'on peut observer dans la manie aiguë.

L'instabilité d'humeur, l'irritabilité sont manifestes. « Rien n'est durable dans la manie, écrivait Schüle, que cette transformation perpétuelle ». L'humeur grincheuse et l'euphorie se succèdent brusquement. « Le malade parcourt avec rapidité toute la gamme émotionnelle » (Séglas), si bien qu'une certaine incohérence des émotions et des sentiments peut apparaître. De courtes colères éclatent parfois pour des motifs futiles, un obstacle à la réalisation des tendances, mais ce n'est plus l'excitation du début qui déchaînait une agitation violente ; le malade se calme vite et « sourit dans ses larmes ».

#### *Troubles intellectuels.*

Les processus intellectuels ne s'accomplissent plus dans la manie chronique avec la folle rapidité qui caractérisait l'excitation du début. Aussi les troubles constatés à l'examen ne présentent-ils plus la même acuité.

Les perceptions, encore précipitées, sont parfois

inexactes et demeurent superficielles ; mais on n'observe plus d'erreurs grossières. Le monde extérieur est généralement perçu fort correctement.

Les illusions sont de ce fait très rares. Si le médecin ou le personnel hospitalier sont parfois faussement identifiés par le malade, il faut voir là beaucoup plus un jeu volontaire en rapport avec la causticité qu'une perception inexacte.

La fugacité des représentations existe et la fuite des idées apparaît facilement, mais l'ancienneté de la psychose et vraisemblablement le séjour asilaire prolongé ont rétréci parfois considérablement le champ des idées. La pensée est pauvre. Le défaut d'utilisation des associations utiles conduit la pensée du malade toujours dans les mêmes voies. Les associations d'idées, surtout verbales, forment parfois le seul fil directeur de la pensée ; si bien qu'en voyant ces malades dont la pensée obéit à ce seul automatisme et qui présentent de ce fait de nombreuses stéréotypies de langage, on peut croire à un affaiblissement intellectuel véritable et les considérer à tort comme des déments.

L'attention spontanée s'exerce et paraît même excitée. L'attention volontaire est quelquefois possible à fixer, sinon à diriger, et il reste certain que, pour être difficile, l'examen de ces malades demeure souvent plus aisé que celui de certains cas aigus.

Le défaut de cohérence de la pensée est réel cependant et résulte des troubles précités. La logorrhée est manifeste, mais généralement peu bruyante et discontinue. La graphorrhée ne semble pas être la règle.

Les idées délirantes se rencontrent. Ce sont des idées de grandeur, ambitieuses, mystiques ou même de persécution qui sont mobiles, variables, inconsistentes et qui jamais, dans les cas purs, ne témoignent d'une organisation quelconque.

Les hallucinations, dans ces mêmes cas, ne sont jamais observées.

#### *Troubles de l'activité.*

L'activité du maniaque chronique se manifeste dans le même sens que pendant la période du début, mais les phénomènes observés sont, ici encore, le plus souvent très atténués. De plus, ils sont en général latents, ne se manifestant qu'à l'occasion de causes multiples et très variables qui viennent soudain rompre l'automatisme régissant le comportement de ces malades. Il faut généralement secouer, ébranler en quelque sorte la sphère étroite dans laquelle le maniaque chronique est concentré tout entier pour faire tomber le masque démentiel qui cache une activité souvent riche en possibilités. L'organisme ne paraît plus se défendre et ne semble plus en lutte contre le

bouleversement et le chaos intérieur qui déchaînait son activité en de violentes manifestations.

Pourtant, de temps à autre, au milieu d'un calme relatif, on rencontre des périodes de plus grande excitation, pâles reflets d'une agitation qui demeure et chaque jour s'éteint davantage. C'est alors surtout qu'on retrouve le désordre, la gesticulation, le dérèglement de l'activité qui pousse le malade à des réactions parfois dangereuses, la mobilité de la mimique, la tenue négligée et les vêtements couverts d'oripeaux et de plumes qui donnent au sujet le véritable aspect maniaque.

Mais aucune périodicité ne régit les variations constatées dans l'état mental de ces malades, variations plus apparentes que réelles d'ailleurs puisqu'il est facile de provoquer à volonté des troubles aussi accentués que ceux plus haut décrits. L'hyperesthésie comme l'impressionnabilité ayant disparu chez le maniaque chronique pour faire place à une semi-indifférence, il faut des stimulants plus forts, tels un grand bruit ou un ordre impératif, pour faire apparaître des réactions qui, à l'état normal, ne s'extériorisent pas. Ces stimulants sont à tel point nécessaires que certains maniaques chroniques, abandonnés à eux-mêmes, semblent incapables de toute activité tant paraît réelle l'inertie qu'ils manifestent.

*Signes particuliers. Individualité de la manie chronique.*

Nous avons étudié déjà en parlant du syndrome physique les signes organiques qui caractérisent la manie chronique. Nous pouvons donc résumer maintenant et mettre en évidence les signes particuliers à la chronicité de l'état maniaque. Il apparaît en effet après ce parallèle que le maniaque chronique offre un tableau bien différent de celui de la manie aiguë. Que reste-t-il du trépied symptomatique : activité, logorrhée, euphorie ? L'atténuation progressive de tous les symptômes imprime à la psychose une allure très spéciale. On pourrait penser qu'elle conduit le malade vers un état proche de l'hypomanie. En réalité il en va tout autrement.

Au début, quand le stock des idées est encore riche, l'activité des processus psychiques vient solliciter sans cesse ces malades qui manifestent par de la logorrhée, une euphorie habituelle, la facilité déconcertante de leurs opérations intellectuelles et traduisent cette activité psychique par une agitation motrice encore appréciable. Mais peu à peu les troubles profonds de l'attention volontaire, et aussi la vie asilaire prolongée, n'augmentent plus la capacité du stock idéique : l'agitation se fait moindre, la logorrhée devient moins bruyante et l'euphorie plus rare.

Dès lors, on ne retrouve plus ces malades dans les

quartiers d'agités. Ils quittent la cellule pour le dortoir commun où leur sommeil calme permet de les accepter. Certes, ce sont encore des agités, mais des « agités dans un cercle restreint » ; et cette agitation très spéciale, discontinue, peu bruyante, plus contenue semble-t-il, leur donne une physionomie particulière.

L'étude du fond mental ne montre pas un amendement véritable des symptômes. Mais les éléments maniaques atténués, plus discrets, transforment complètement la psychose en permettant à certains processus intellectuels supérieurs, naguère perturbés, de s'opérer de façon à peu près suffisante. Cette reprise partielle de l'activité psychique, cette dissociation des symptômes maniaques donnent à la manie chronique une individualité clinique indiscutable. Les troubles persistants de l'attention vont développer les phénomènes d'automatisme. Du côté de la mémoire une hypermnésie d'évocation se manifeste, surtout pour les souvenirs antérieurs à la maladie. Le malade donne avec une précision étonnante ses dates de naissance, de mariage, d'internement, indique les lieux exacts où il est passé, se remémore certaines circonstances de sa vie avec une promptitude déconcertante. Mais les paramnésies de reconnaissance, les illusions du déjà vu nous paraissent très rares. Il s'agit là d'un jeu qui ne témoigne d'ailleurs pas le plus

souvent d'une grande richesse imaginative. Tout le monde connaît, par exemple, la façon stéréotypée dont ces malades accueillent chaque matin la visite médicale où le médecin est pris pour un général, ce qui motive un salut militaire, et l'interne pour un membre de la famille. Quand on leur demande d'expliquer cette attitude, un éclat de rire est souvent la seule réponse.

Le jugement se montre pauvre. Cette faculté ne s'exerce plus guère que vis-à-vis de l'entourage qui est soumis aux plus vives critiques. La causticité du malade le fait apparaître malveillant, taquin, souvent désagréable. Le raisonnement, également pauvre, n'est cependant pas impossible. Il s'est opéré une diminution du fonctionnement intellectuel, mais cette diminution ne progresse plus quand la maladie arrive à un certain stade qui est précisément celui de la manie chronique fixée. Cet état demeure donc bien différent de l'affaiblissement progressif des démences. L'intégrité de l'intelligence persiste pendant toute la durée de la maladie. Les liens du raisonnement sont le plus souvent fragiles ; on remarque fréquemment des assonances formant calembours et jeux de mots.

Les manifestations de la volonté peuvent apparaître parfois au cours de ces états. Les facultés n'étant plus en proie à l'excitation incessante du début, le malade peut à certains moments, qui sont en dépendance

étroite avec son humeur, montrer une attention volontaire qui l'éloigne pour quelques instants de la grande incohérence habituelle. Il recouvre alors partiellement ce pouvoir de coordination et d'inhibition, cette volonté d'arrêt qui lui manquait autrefois. La manifestation frénatrice redevient possible. Le reste d'attention et de contrôle, qui par intervalles s'exerce, lui permet de diriger assez bien le cours de sa pensée et de ses raisonnements. Il peut alors se livrer à des occupations diverses qui mettent en relief la conservation de ses aptitudes professionnelles.

L'exaltation est donc beaucoup moindre chez le maniaque chronique. Il est moins excité qu'excitable ; mais l'instabilité persiste néanmoins. Son air jovial, satisfait, son visage épanoui, son état physique florissant lui donnent un masque euphorique bien fragile. « Cet état de folie, identifié à l'individu, constitue visiblement désormais le véritable moi » (Régis). « Tout au dehors » avait dit Magnan pour caractériser le maniaque. Il semble que ce tout se soit partiellement intériorisé chez le maniaque chronique ; et c'est maintenant au dedans surtout qu'il faut aller chercher pour découvrir le véritable aspect du malade.

#### DIAGNOSTIC.

Le diagnostic nécessitera donc un examen attentif du malade. Cet examen se révèle le plus souvent très

difficultueux et ne peut se faire en un seul interrogatoire. Comme dans tout état chronique, il faudra évidemment tenir compte de la persistance des troubles et de la continuité des accidents. Une grande prudence est nécessaire avant de pouvoir affirmer avec certitude la chronicité d'un accès maniaque. Nous avons déjà vu les éléments de ce diagnostic au début de l'étude clinique.

Quand le caractère de chronicité sera établi, il faudra tenir compte de tous les symptômes et éliminer de la manie chronique pure tout stigmate confusionnel, toute construction délirante véritable, et tout affaiblissement intellectuel. Il faudra s'assurer qu'il ne s'agit que d'une diminution plus ou moins grande du fonctionnement psychique, pouvant à certains moments être réveillé à l'aide d'artifices stimulant pour un instant l'activité intellectuelle de ces malades. Godard a appelé la manie chronique « démence incomplète ». Ces états nous semblent avoir leur place beaucoup plus près de la manie que des démen-ces auxquelles cette appellation paraît vouloir les rattacher.

L'évolution doit être considérée d'ailleurs en dernière analyse comme le plus précieux élément du diagnostic. La manie chronique est avant tout une psychose fixée. C'est pourquoi nous ne croyons guère à une guérison possible pour les formes pures dont les

symptômes ne montrent aucune évolution. C'est pourquoi également nous nous refusons à l'envisager comme une simple étape avant la démence terminale. Celle-ci, quand elle survient à une époque très avancée de la maladie, doit pouvoir être rattachée à la sénilité. On a prétendu aussi qu'une transformation en un état mélancolique pouvait avoir lieu à une époque quelconque de la maladie. Ces cas relèvent évidemment de la psychose périodique dont ils ne constituent que des phases maniaques prolongées.

---

## LES ÉTATS MANIAQUES CHRONIQUES

---

Nous groupons sous ce titre des états souvent très différents qui ont été étudiés par quelques auteurs et décrits dans la littérature psychiatrique sous le terme de manie chronique.

Ce sont ces états à symptomatologie polymorphe qui, aujourd'hui encore, restant groupés autour de la manie chronique, sont à la source des discussions nombreuses qui tendent à détruire l'unité de ce type clinique. Les publications sur ce sujet témoignent en effet de la plus grande diversité d'opinions. Il semble qu'on se soit appliqué à envisager successivement les divers aspects d'un syndrome sans se préoccuper d'en dégager et d'en résumer les caractères particuliers. On a ainsi élargi peu à peu un cadre dont les limites étaient déjà bien imprécises et augmenté de ce fait la complexité du problème.

Chaslin qui doutait de l'existence même de la manie chronique, pensait néanmoins pouvoir ranger dans ce groupe ce qu'il appelait la manie raisonneuse et peut-être aussi cet état d'instabilité constitutionnelle décrit

sous le nom de turbulence épileptique. Anglade, Régis admettent classiquement deux formes cliniques : la forme simple, caractérisée essentiellement par la persistance indéfinie et sous une forme atténuée des symptômes de la manie aiguë ; la forme avec délire systématisé secondaire dont les caractères généraux sont sensiblement les mêmes que dans la forme précédente, mais qui s'en distingue par l'existence d'un délire. Plus récemment d'autres types « voisins » de la manie chronique ont été décrits. Tous ces états peuvent être rapportés à l'une des formes suivantes :

La *forme hypomaniaque chronique* dont Régis fait une variété bien à part dans le cadre nosologique<sup>1</sup>. Il montre son existence propre et ses signes caractéristiques. Pour lui, elle ne constitue pas seulement le premier degré de la manie typique. Il est hors de doute que l'excitation maniaque peut présenter une infinité de degrés depuis la simple exagération de l'activité psychique des excités constitutionnels jusqu'à l'excitation franchement pathologique. Ces sujets, par ailleurs, présentent des paroxysmes qui les conduisent parfois dans les maisons de santé. Mais l'hypomaniaque constitutionnel ne devient que rarement un maniaque chronique. Cet état ne diffère pas seulement de la manie chronique par une excitation moindre ; dans cette dernière, nous avons montré la

1. Régis, *Pfécis de psychiatrie*, 6<sup>e</sup> éd., p. 273.

modification des symptômes maniaques et l'apparition des signes particuliers imprimant à l'affection une autonomie spéciale ; en outre, nous avons mis en évidence la diminution du fonctionnement psychique qui s'oppose à l'exaltation extrême de toutes les facultés observées dans l'hypomanie.

La *forme hallucinatoire*, dans laquelle le maniaque chronique apparaît comme un « halluciné » répond surtout à la conception de Luys<sup>1</sup>. « Le malade, disait-il, n'a plus d'excitation, il est calme, tranquille, peut répondre aux interrogations qu'on lui adresse, mais il continue à demeurer halluciné. Les processus hallucinatoires, source d'irritations permanentes, continuent à mettre le désordre dans son cerveau et à représenter à ses yeux des apparitions subjectives, à ses oreilles des bruits imaginaires et à tous ses sens des sollicitations trompeuses qui troublent son repos ». Nous avons rejeté pour nous de la manie chronique pure la présence d'hallucinations. Leur apparition au cours de cette affection ne nous paraît d'ailleurs nullement démontrée. Ainsi que l'écrit Deron : « S'il existe des hallucinations vraies, cœnesthésiques ou sensorielles et surtout des hallucinations auditives verbales et des hallucinations psychiques ou psychomotrices, il y a bien plus souvent apparence hallu-

1. J. Luys, *Traité des maladies mentales*, 1881, p. 458.

cinatoire, soit que le malade interprète les bruits extérieurs, soit qu'il exprime seulement l'hyperévocation de ses images, la vivacité de ses représentations mentales, ou son hyperendophasie à l'aide d'un langage métaphorique qui fait croire à l'existence d'hallucinations, soit que le médecin interprète à tort comme des hallucinations un simple jeu de conversation dialoguée »<sup>1</sup>. Ce sont de plus des cas assez rares qui, en dehors d'un certain degré de dégénérescence ou d'un appoint alcoolique, doivent être rattachés à la psychose hallucinatoire chronique dont ils constituent le début ou la terminaison (Claude)<sup>2</sup>.

Plus intéressante à envisager est la *forme délirante* considérée classiquement depuis Anglade comme une véritable forme clinique de la manie chronique. Cet auteur, traitant au Congrès de Marseille de 1899 la question des délires systématisés secondaires à la manie, en a exposé les principaux caractères : « Ils se manifestent après un ou plusieurs accès de manie et se caractérisent par la fixité d'une ou plusieurs conceptions délirantes. Ces idées délirantes se systématisent faiblement et isolément. Les délirants systématisés post-maniaques sont le plus souvent des mégalomanes. Leur mémoire est conservée... ils sont capables de suivre une conversation. Ce ne sont donc pas des dé-

1. Deron, *Le syndrome maniaque*, G. Doin éditeur, p. 51.

2. H. Claude et A. Cellier, « *Bulletin de la Soc. clin. de méd. ment.* », juillet 1922.

ments, mais ils manquent de logique ainsi que des facultés de critique et d'association. Aussi leur existence comme leur délire n'est-elle qu'une perpétuelle contradiction. Ce qui frappe encore chez ces malades c'est l'absence complète des sentiments affectifs et la perte absolue de la notion des convenances sociales ».

Ces idées ont été reprises ensuite par le même auteur dans le *Traité de pathologie mentale* de G. Ballet. « Le maniaque chronique puise dans la foule des conceptions délirantes qui existaient au cours de l'état aigu, certaines idées de persécution ou de grandeur qu'il associe comme il peut, bien ou mal, mais qu'il exprime avec persistance et en recourant aux mêmes formules. « C'est une sorte de délirant systématique » de physionomie bien spéciale.

Régis ensuite voit de même « tel individu qui durant la phase d'acuité de sa manie, avait présenté un polyidéisme absolu, verser, après son passage à l'état chronique, dans un délire systématisé de persécution, d'invention et surtout de grandeur » ... « Le délire, ajoute-t-il plus loin, ordinairement de nature ambitieuse, revêt une forme plus ou moins systématisée... on peut prendre ces malades pour des délirants systématisés... mais dans ces cas le délire n'est jamais aussi nettement systématisé, ni aussi franchement hallucinatoire ; il s'accompagne d'autre part de reliquats maniaques qui permettent d'établir le diagnostic ».

On a longtemps et abondamment discuté sur les délires des maniaques. Il est hors de doute qu'il existe au cours des états maniaques des idées délirantes multiples. Nous avons insisté sur leur caractère de mobilité, d'incohérence, d'extravagance, sur leur polymorphisme et généralement leur absence de systématisation due à la fuite des idées. Nous avons noté cependant dans l'une de nos observations (cas VI) une certaine organisation, une certaine permanence des idées délirantes avec adhésion de la personnalité.

On peut se demander par quel mécanisme le thème délirant arrive à s'élaborer au point de faire apparaître le malade comme un délirant. Les interprétations sont rares en effet, les hallucinations exceptionnelles, les troubles cénesthésio-affectifs moins marqués à ce stade. Le plus souvent il s'agit d'un délire voisin des délires d'imagination. Il s'organise d'emblée sous l'influence de l'expansion brusque de la personnalité. C'est une forme imaginative de l'excitation intellectuelle : l'accélération psychique modérée du maniaque chronique est encore compatible avec l'ordonnance logique des opérations mentales. Le débit de fables et l'invention de romans plus ou moins riches et bien agencés témoignent de l'effervescence des idées. Cette expansion de la personnalité se manifeste par des révélations, des intuitions, des inspirations spontanées d'origine endogène caractéristiques des processus

imaginatifs. Comme tout délire imaginaire, il est inconsistent, variable et fugace. Il suffirait de peu, semblerait-il, pour que le malade l'abandonne complètement. C'est l'opinion de Dromard reprise par Laignel-Lavastine. C'est aussi la nôtre ; nous avons l'impression « qu'il ne s'agit là que d'un jeu relativement conscient et amenant la moquerie de l'intéressé lorsqu'on lui répète le thème délirant qu'il vient de débiter avec une conviction apparente ».

Ce sont donc des constructions voisines seulement des délires d'imagination tels qu'ils ont été définis par Dupré et Logre : psychoses procédant par intuition et invention, aboutissant à des fabulations, des projets et des actes impliquant la croyance immédiate du malade aux fictions improvisées par le jeu spontané de l'activité mentale.

A côté de ces délires les plus fréquents, dont des exemples ont été publiés par Dupré et Marmier<sup>1</sup>, Buvat et Villey-Desmeserets<sup>2</sup>, existent d'autres délires qui ont leur origine dans les troubles perceptifs du maniaque chronique, illusions principalement. Ils sont de ce fait infiniment plus rares que dans la manie aiguë. Des pseudo-délires de jeu et de symbolisme verbal, reposant sur des liens associatifs verbaux de pure forme, peuvent s'observer mais à titre transitoire.

1. « *Encéphale* », 24 octobre 1912.

2. « *Bulletin de la Soc. clin. de méd. ment.* », 1927, p. 12.

La malade de l'observation III nous en montre un exemple assez typique.

Quelle est la nature de ces délires ? Ils comportent le plus souvent des idées ambitieuses et de satisfaction qui s'organisent en des thèmes mégalomaniques les plus variés. A côté de ces délires de grandeur, on observe aussi des délires de teinte mystique et même de persécution. Nous verrons plus loin l'interprétation de ces faits.

Ce qu'il faut retenir, c'est tout d'abord l'existence possible chez certains maniaques chroniques d'un délire ; son caractère le plus souvent imaginatif, sa systématisation incomplète qui le place au second plan dans la symptomatologie et qui permet toujours de considérer ces malades comme de véritables maniaques chroniques.

Nous ne nous attarderons pas sur certains faits rapportés où l'on trouverait chez le maniaque chronique un certain degré d'*affaiblissement intellectuel surajouté*. Au début, quand la cause toxi-infectieuse qui a déclenché l'état maniaque est encore présente, on peut observer un fléchissement du fond mental capable de faire errer le diagnostic, vers une paralysie générale par exemple ; tel est le cas cité par Leroy et Rubenovitch<sup>1</sup>. Quand cette cause persiste, le sujet

1. « *Annales méd.-psycho.* », 1932, p. 420.

peut présenter en proportions diverses à la fois des symptômes de manie et de confusion mentale :

C'est la *forme confusionnelle*. Ces maniaques confus, lorsque l'affection passe à la chronicité, font de l'affaiblissement de leurs facultés. Les maniaques purs, au contraire, ne font pas d'affaiblissement intellectuel, puisqu'il s'agit chez eux d'une psychose avant tout constitutionnelle. Cependant, il est indiscutable qu'à l'époque de la sénilité, suivant l'état des artères cérébrales, une démence de nature artério-scléreuse et non maniaque peut se surajouter.

On ne doit pas non plus trouver dans l'état mental du maniaque chronique, malgré l'altération habituelle des sentiments affectifs, d'*éléments discordants*. Réserve faite pour certains états maniaques chez les débiles, leur présence doit faire rectifier le diagnostic. L'ensemble du tableau clinique, « la discordance entre les manifestations de la sensibilité, de l'intelligence et de la volonté » doivent aiguiller vers une des formes de la démence précoce.

Da Rocha, qui a étudié la manie chronique, a vu chez certains de ses malades de *courtes phases dépressives* venir rompre la continuité de l'excitation. Il a pensé que de pareils faits pouvaient être retrouvés chez tous les maniaques chroniques, mais que la durée de ces accès était parfois si courte qu'ils échappaient à l'observation courante. On peut en effet ob-

server au cours de la psychose maniaque dépressive un cycle dont la période mélancolique très brève donne au malade une physionomie habituellement maniaque. Ce ne sont pas pour autant des maniaques chroniques. Ces cas doivent au passage nous rappeler la grande valeur d'une observation clinique attentive et perspicace dans le diagnostic des états maniaques chroniques, et la prudence avec laquelle il convient de poser ce diagnostic.

Certains auteurs allemands enfin ont décrit sous le nom de manie chronique les *formes rémittentes de la manie cyclique*. Il s'agit de cas d'excitation maniaque chronique entrecoupés de périodes d'atténuation qui ne vont pas jusqu'au retour complet à l'état normal : il y a amélioration et non guérison. Au sujet de ces cas, qui constituent pour Régis des formes particulières de la psychose périodique, cet auteur conclut : « A la rigueur, la manie chronique pourrait prendre place dans la manie rémittente, puisqu'elle est également formée, dans la plupart des cas, par des alternatives de rémissions et d'exacerbations. Mais, chez elle, ces alternatives ne sont ni constantes, ni régulières, ni identiques comme la véritable manie rémittente où l'alternance régulière, souvent même périodique entre les rémissions et l'exacerbation, constitue l'élément

fondamental de la maladie »<sup>1</sup>. On sait d'autre part que pour de nombreux auteurs, la manie dite intermittente ne serait en réalité qu'une manie rémittente, les périodes intercalaires aux accès ne constituant pas un véritable état normal. Nous pensons qu'il s'agit là de nuances, et que certains cas étiquetés manie rémittente où le caractère de périodicité régulière n'apparaît pas clairement, dans le temps et dans l'intensité des accès, sont superposables en tous points à la manie chronique.

### **Discussions soulevées par la symptomatologie atypique de ces formes**

On voit dès maintenant, après l'étude volontairement rapide de tous ces états englobés successivement dans la manie chronique, la difficulté que l'on peut avoir à mettre un peu d'ordre dans cette question. Si d'ores et déjà, on peut rejeter de son cadre certaines formes que nous avons vu appartenir à d'autres groupes, il n'en peut être de même d'états plus complexes dont la symptomatologie atypique demande à être discutée.

On peut se trouver en présence d'une *association morbide*. C'est ainsi qu'il convient d'interpréter les aspects multiples que l'on rencontre dans les délires

1. Régis, *Précis de psychiatrie*, 6<sup>e</sup> éd., p. 323.

des maniaques, et surtout les cas exceptionnels tel que celui cité par Kahn concernant un délire de persécution chez un excité maniaque<sup>1</sup>. « Ce délire, dit-il, s'il était secondaire à un accès maniaque, devrait avoir la teinte de cet accès, c'est à-dire être un délire à tendance expansive et agréable... un délire mégalomane par exemple. Or ce n'est pas le cas. Ce maniaque fait un délire à teinte mélancolique.. un délire de persécution. C'est là une exception non seulement en fait, mais encore en doctrine, car il peut sembler inadmissible de considérer comme secondaire à un état affectif un délire dont la couleur serait justement l'opposé de cet état affectif ».

Hamel et Vernet ont publié également un cas de délire de persécution associé à un syndrome maniaque chronique<sup>2</sup>. L'explication la plus heureuse de ces faits se trouve tout naturellement en admettant l'existence chez un même individu d'éléments psychopathiques différents se trouvant associés. Ces délires ne sont pas dus à un état primitif duquel ils naissent épisodiquement, mais sont des manifestations directes, et évoluant pour leur propre compte, d'une constitution paranoïaque. « Qu'on emploie ici le terme de psychose associée (Masselon) ou celui de manifestation polymorphe ou mixte de deux constitutions

1. « *Encéphale* », décembre 1912.

2. « *Encéphale* », novembre 1921.

pathologiques concomitantes, peu importe. Notre malade, dit Kahn, est un déséquilibré de l'humeur et de l'interprétation, et c'est à ce titre qu'il est à la fois maniaque et persécuté ».

Dans le cas particulier des deux observations précitées, il ne semble pas qu'on soit en droit de parler de délire secondaire, étant donné l'opposition affective de l'état primitif de l'humeur et des manifestations délirantes qui en dériveraient. C'est pourquoi ces cas nous semblent davantage être un type de réaction combinée, manifestation d'une constitution pathologique caractérisée par une double déséquilibration cyclothymique et paranoïaque.

Mais cette hypothèse, émise en premier par Masselon, n'a pas été défendue par tous les auteurs. Les avis sont encore partagés. C'est ainsi que Magnan voit là surtout la marque propre et comme l'estampille d'un état dégénératif. Anglade, nous l'avons vu, croit qu'il s'agit pour tous ces cas d'un délire systématisé secondaire éclos à la faveur d'un accès de manie.

Quoiqu'il en soit, la théorie des psychoses associées va nous permettre, non seulement d'interpréter certains faits, mais encore de leur assigner la place nosologique qu'il convient. Nous croyons en effet que si l'euphorie et l'excitation, que l'on retrouve dans ces états, appar tiennent en propre à la manie, les idées de

nature triste et pénible qui ont revêtu comme cela est fréquent la forme d'idées de persécution doivent appartenir à la mélancolie. Les éléments constitutifs sont donc empruntés à la fois au syndrome maniaque et au syndrome mélancolique, et le complexe symptomatique correspond à celui des états mixtes. C'est ainsi que l'on peut rattacher à la psychose maniaque dépressive tous ces délires atypiques constituant chez les maniaques chroniques des tableaux cliniques un peu déconcertants au premier abord.

Mais cette explication n'est plus satisfaisante pour les délires dont la teinte affective expansive et agréable appartient en propre à l'état maniaque. Ici la superposition de deux psychoses n'apparaît plus aussi nettement. Il faut faire état d'autres facteurs et principalement des *constitutions morbides* et du *terrain*. Ce sont des éléments capables de modifier au plus haut point la symptomatologie habituelle des psychoses. Nous avons déjà vu que le maniaque chronique était souvent, dans sa forme pure, un excité constitutionnel. Nous pensons que le facteur héréditaire préparant un terrain spécial, un état dégénératif, une constitution, doit entrer en ligne de compte, non dans l'étiologie mais dans la forme et l'allure particulière que prennent certains états maniaques dits atypiques.

Ces états suivant l'importance de la prédisposition, psychopathique, présentent des aspects multiples.

Si l'appoint de ce facteur reste discret, on risquera fort de confondre le syndrome avec un état maniaque pur. Il constituera alors, par sa parenté la plus étroite avec la manie chronique, une véritable *forme clinique*. Si, au contraire, il peut être mis en évidence de façon plus précise, le complexe symptomatique sera tel que le syndrome clinique se trouvera à la limite de la manie chronique et constituera une *forme atypique*. Par degré, car toutes les formes de transition sont possibles, on arrivera aux *formes symptomatiques* de certains autres groupes. *C'est donc toute une partie du diagnostic différentiel que nous allons étudier ici.*

La confusion peut se faire tout d'abord avec certains *paranoïaques*. Nous avons reconnu en effet chez certains maniaques chroniques, l'existence d'un délire à systématisation incomplète. Nous savons l'activité développée par ces malades, leur tendance expansive, l'excitation qui les domine ; nous avons remarqué aussi leur malveillance accoutumée. Le délirant paranoïaque est donc bien proche du maniaque chronique. Il est certain que lorsque la tendance interprétative est nettement caractérisée, qu'il s'y joint la vanité, un certain degré de méfiance, il est aisé de découvrir la constitution paranoïaque sous le masque maniaque. Mais il existe, à côté du délire d'idées, un délire affectif : le délire de revendication de Sérieux et Capgras qui peut, surtout dans son type altruiste, être difficile

à distinguer d'un état maniaque délirant. Pour Specht, ces paranoïaques excités ne sont que des hypomaniaques chroniques : ils constituent pour lui une des formes de la manie.

En général, cependant, on ne retrouve que des similitudes partielles et superficielles. Le délire du maniaque ne possède pas la structure paranoïaque. Il est moins logique, moins constructif ; il ne paraît pas en étroite synthèse avec l'individu dont les réactions sont moins soutenues et la conviction le plus souvent inexistante. Mais de nombreux types cliniques existent où les signes de manie et ceux de paranoïa se combinent de telle sorte qu'il est impossible de fixer exactement la part qui revient à chaque psychose. Certains d'entre eux répondent sans doute à l'apparition d'une manie chronique chez un sujet à constitution paranoïaque.

Nous avons vu encore la *forme imaginative habituelle que prend le délire du maniaque chronique*. Nous avons déjà fait le rapprochement de ce délire avec le délire d'imagination de Dupré et Logre. Peu nous importe ici de lui assigner une place à part ou bien de le faire entrer dans le groupe des délires d'interprétation, ce qui, de nouveau, nous ferait parler des paranoïaques. Ce qui nous intéresse surtout, c'est la caractéristique essentielle de ce délire, l'activité imaginative sans hallucinations. On le rencontre chez des

imaginatifs constitutionnels dont les aptitudes sont mises en jeu par la manie (Deny et Camus). Ici encore, la constitution psychopathique est donc intervenue pour imprimer à la manie chronique son stigmate particulier. Ce sont des délires qui se développent par voie de fabulation. L'hyperthymie de ces sujets entraîne leur jeu « comme celui des enfants qui jouent tout seuls ». Les antécédents, que l'on aura soin de rechercher dans ces cas, décèleront la mythomanie constitutionnelle : « on découvrira l'aptitude au mensonge, à la fabulation, à la simulation, des tendances romanesques, l'appétit de certaines lectures (feuilletons, mélodrames etc...), goût électif des aventures policières, suggestibilité imaginative, instabilité, vagabondage, etc... Tous ces processus morbides évoluent presque toujours sur un fond de débilité mentale plus ou moins manifeste. La débilité mentale, en effet, apparaît comme une condition presque indispensable au développement et à la persistance de conceptions si fausses et si contradictoires, et étrangères à toute réalité »<sup>1</sup>.

Le rôle des constitutions apparaît encore dans certains autres états qu'on a appelé à tort ou à raison manie chronique. Nous avons rapporté plus haut les cas étudiés par Da Rocha. Ces malades sont évidem-

1. Dupré et Logre, *Les psychoses imaginatives aiguës*, « *Annales M.P.* », 1914.

ment des *cyclothymiques*. Nitsche a décrit de même sous le nom inexact de manie chronique certains états constitutionnels et permanents qui se développent dès le tout jeune âge et se manifestent plus parfaitement vers le début de l'âge adulte sous forme d'excitation maniaque atténuée. Ils parcourent une évolution oscillante, coupée d'intervalles dépressifs. Ces constitutionnels ne sont donc pas des maniaques chroniques ; ce sont des cas de folie intermittente évoluant sur un *fond de dégénérescence mentale*.

Par contre, chez un cyclothymique qui a fait déjà un ou plusieurs accès maniaques ou mélancoliques, peut apparaître un accès de type maniaque qui se prolonge anormalement. L'évolution montre que l'accès n'a aucune tendance à l'amélioration. Des signes de chronicité apparaissent tout comme dans la manie chronique typique. La psychose est alors fixée, tout caractère de périodicité a disparu, et la marche de l'accès qui se fait sans rémission aucune se poursuit pendant trois ans, cinq ans, dix ans, et davantage comme dans les cas que nous avons rapportés. On se trouve alors en présence d'une véritable *manie chronique survenue comme accès terminal d'une psychose périodique*. Les accidents antérieurs montrent clairement l'état constitutionnel sur lequel s'est développé la psychose. Souvent des signes particuliers, atypiques tels qu'une construction délirante, apparaissant au

cours de l'accès, témoignent de la modification apportée dans la symptomatologie par l'état constitutionnel. Cyclothymie et paranoïa se combinent d'ailleurs parfois ainsi que l'a montré R. Bessière dans sa thèse <sup>1</sup>.

Un autre aspect de l'état constitutionnel, capable de modifier au plus haut point les états maniaques chroniques, se retrouve dans l'étude du *terrain dégénératif*. On recherchera toujours en présence d'un syndrome atypique les stigmates physiques et psychiques de dégénérescence. N'oublions pas en présence d'un délire chez un maniaque que « le délire d'interprétation relève avant tout de la dégénérescence » (Régis), que le délire de revendication est peut-être « la psychose la plus typique des psychoses des dégénérés... Ce sont des dégénérés héréditaires, porteurs de tares intellectuelles et physiques des plus manifestes » (Régis).

Les états complexes qui ne relèvent pas de la psychose maniaque dépressive sont « des états maniaques atypiques, qu'ils soient dégradés et dissociés sous l'*action de la débilité* ou qu'ils doivent leur aspect anormal aux caractères des dégénérés ou à un appoint confusionnel ». Lévy-Valensi fait entrer la plupart des délires dits polymorphes et des bouffées délirantes des dégénérés dans les formes délirantes de la manie, « véritables équivalents maniaques ». Les autres

1. R. Bessière, *Paranoïa et psychose périodique*, thèse, Paris, 1913.

ressortissent pour lui à la démence précoce et à la confusion mentale<sup>1</sup>.

Il est hors de doute que l'existence d'une infirmité psychopathologique antérieure crée une aptitude à délirer. Cette tare constitutionnelle apporte à la psychose son masque spécial et rend le diagnostic différentiel des plus difficiles. « Le terrain morbide, écrit Séglas, peut imprimer au tableau clinique de troubles mentaux accidentels une physionomie particulière, ou même tenir complètement sous sa dépendance toute la symptomatologie de la maladie qui apparaît ainsi comme une affection constitutionnelle. Ce sont là des considérations que l'on néglige certainement beaucoup trop aujourd'hui dans la pratique psychiatrique »<sup>2</sup>.

Ce sont, par exemple, les états maniaques atypiques qui prêtent le plus à confusion avec la démence précoce. Ils se rapprochent pour la plupart des états d'excitation des hébéphréno-catatoniques. Dans la symptomatologie des états maniaques survenant chez les dégénérés peuvent s'observer des crises d'excitation impulsive, des interprétations, des idées délirantes variables ambitieuses, érotiques, hypochondriaques qui peuvent en imposer pour des états délirants de la

1. Lévy-Valensi, *Précis de psychiatrie*, p. 201, et « *La semaine des hôpitaux* », 8 mai 1925 (Délires dans la manie).

2. *Quelques considérations cliniques sur les accès maniaques chez les débiles*, « *Annales M.P.* », janvier 1914.

démence précoce ou pour des délires dégénératifs polymorphes. Deron a montré qu'on pouvait retrouver dans les états maniaques des débiles à peu près tous les signes qu'on tient habituellement pour caractéristiques de la démence précoce. « La débilité mentale, dit-il, est un facteur important de dissociation du syndrome maniaque par suite de sa tendance à dégrader ses éléments, à les désintellectualiser et à les réduire au moteur pur. Elle peut donc donner lieu à des formes spéciales assez nombreuses et qui entraînent souvent de grandes difficultés de diagnostic »<sup>1</sup>.

Nous ne nous attarderons pas à la description de ces cas particuliers, mais il nous semble important par contre d'étudier brièvement, avec Séglas, comment *la débilité peut transformer le syndrome maniaque*. La fréquence de ce facteur ne saurait échapper en clinique ; aussi doit-on en tenir le plus grand compte dans le diagnostic d'un état maniaque chronique atypique. L'influence de la débilité peut s'exercer sur l'excitation intellectuelle, l'agitation motrice et les modifications de l'humeur. Elle peut, soit modifier les symptômes habituels, soit apporter des symptômes particuliers. « Tout au dehors » avait dit Magnan en résumant l'état maniaque. Mais le dedans du débile, d'une pauvreté extrême, ne peut guère s'exprimer au dehors de façon aussi brillante. On observe une excitation

1. R. Deron, *Le syndrome maniaque*, Doin, éditeur, p. 200.

automatique, une logorrhée monotone qui témoigne de l'indigence de la pensée, faite de vieilles formules ressassées, d'interjections, de cris, de mots décousus, souvent orduriers. C'est un aspect de dément tel que nous avons pu le noter pour quelques uns de nos maniaques chroniques. Au point de vue affectif, l'euphorie a fait place le plus souvent à une sorte de béatitude passive très proche de l'indifférence ; il s'y joint une pauvreté d'expression mimique dont le masque se rompt de temps à autre en un éclat de rire ou une grimace qui n'exprime aucun état émotionnel. Le défaut d'attention, l'incuriosité font croire que le malade a perdu tout contact avec le réel. On comprend que certaines formes soient de diagnostic à peu près impossible d'avec les états schizophréniques. Les modifications parallèles de l'agitation motrice ajoutent encore à la difficulté. Tantôt c'est une agitation excessive, absolument désordonnée et incohérente, tantôt au contraire c'est une agitation très pauvre, entrecoupée d'actes absurdes, d'impulsions, de rires sans motif, de maniérisme, de gestes stéréotypés.

D'autres facteurs peuvent aussi intervenir qui peuvent en partie expliquer les caractères atypiques de certaines manies chroniques. Nous ne ferons que citer l'*hystérie*, état psychique spécial objet de tant de controverses. Aucune physionomie spéciale ne peut d'ailleurs lui être rapportée. Comme l'écrivait Legrand

du Saulle : « La malade hystérique est maniaque à sa façon comme elle est hallucinée ou érotique à sa manière ». Remarquons avec Deron que les caractères habituellement considérés comme étant particuliers à l'état mental des hystériques sont précisément ceux de la dégénérescence. D'autre part les accidents de l'hystérie se rencontrent surtout chez des sujets mal adaptés à un milieu supérieur à leurs capacités et qui sont en quelque sorte des débiles relatifs. Les éléments constitutifs de l'hystérie semblent donc participer à la fois de ceux de la dégénérescence et de ceux de la débilité. Laignel-Lavastine note que « le caractère imaginatif des délires maniaques a amené certains auteurs, comme Georges Dumas, à se demander si ces maniaques, si facilement mythomanes, n'étaient pas les mêmes malades que l'on étiquetait autrefois, du temps de Charcot, de Luys et de Legrand du Saulle, du nom de délirants hystériques ».

Rappelons pour mémoire que *l'épilepsie* a été mise aussi en cause. Chaslin, dans son édition de 1912, de la *Sémiologie et clinique mentales*, croit pouvoir ranger dans la manie chronique, ces cas d'instabilité constitutionnelle, de turbulence qui ne sont pas rares chez les enfants. C'est, dit-il, « une manie chronique atténuée et infantile qui s'accompagne presque toujours d'épilepsie ou qui, tout au moins, doit la faire rechercher ». Il ne peut toutefois conclure s'il s'agit là

d'une manifestation vraiment comitiale ou d'une complication.

Il peut être intéressant de rechercher encore les *troubles thyroïdiens* et les *dysfonctionnements ovariens*. Nous avons remarqué souvent l'étroit rapport qui existe entre la surexcitation passagère de certains maniaques chroniques et les menstruations. Les sécrétions ovariennes internes doivent jouer également un rôle et, par relation, les autres glandes endocrines. Cependant, nous n'avons pu aucune fois mettre en cause la thyroïde. Son rôle en psychiatrie n'en reste pas moins indiscutable ainsi que l'a montré M. Laignel-Lavastine. Un certain caractère de déséquilibre peut se manifester relevant, par exemple, d'une maladie de Basedow. On verra alors se développer des accès d'excitation ayant des caractères particuliers.

Tout ce qui précède nous montre, ainsi que le dit Ségla<sup>1</sup>, « l'importance de la détermination du terrain individuel, la nécessité où l'on est d'en tenir compte pour l'appréciation exacte de la valeur des symptômes qui viennent à s'y développer à un moment donné... Il faut faire la part respective de l'accident et du terrain... Suivant le principe formulé par J. P. Falret, c'est dans ce qui le distingue individuellement que l'on doit surtout étudier l'aliéné, c'est l'individualité malade qu'il faut s'attacher à caractériser ».

1. « *Annales M.-P.* », janvier 1914.

**Les états maniaques chroniques  
symptomatiques. Diagnostic différentiel.**

Au cours de la discussion qui précède, nous nous sommes attaché à démontrer l'importance des associations morbides, des constitutions psychopathiques et du terrain individuel. Nous avons pu juger des variétés cliniques nées d'un même état, la manie chronique, sous l'influence de ces facteurs. Nous avons entrevu déjà, parmi les formes diverses étudiées sous cette appellation, celles qui pourraient être groupées autour de cette entité morbide et que l'on pourrait considérer comme des formes cliniques. Nous avons rencontré aussi des états où la néoplasie constitutionnelle paraissait prépondérante. On n'était plus alors en présence d'un appoint, d'une teinte particulière communiquée à l'accident par le terrain, mais bien du terrain lui-même dont l'hypertrophie morbide résumait la mentalité de l'individu. Les analogies cliniques permettaient alors de discerner la présence dans ces états chroniques, d'un groupe, d'un faisceau de signes qui pouvaient les faire rapprocher de la manie chronique. Mais nous avons vu dans quels cadres il convenait de les faire entrer. Il existe certes des formes de transition, le plus souvent inclassables, parmi ces états maniaques atypiques; mais la plu-

part du moins nous semblent devoir être considérés comme des états symptomatiques.

A côté de ces dernières formes doivent être étudiés plus spécialement certains états mentaux au cours desquels peut apparaître un syndrome maniaque symptomatique qui par sa persistance, sa fixité, son allure particulière, peut prêter à confusion avec les véritables états maniaques chroniques. C'est, avec les délirants chroniques déjà partiellement étudiés, le groupe morbide qui fait l'objet du diagnostic différentiel classique de la manie chronique.

*La démence précoce*, tout d'abord, offre sans nul doute les difficultés diagnostiques les plus grandes, par la ressemblance de certaines de ses formes avec les états maniaques atypiques. Nous ne reviendrons pas sur les cas de manie chronique apparaissant sur un fond de débilité mentale plus ou moins accentué. Nous avons rapproché aussi l'excitation que l'on rencontre dans les formes agitées de l'hébéphrénie et de la catatonie avec celle des états maniaques atypiques. Nous n'avons pu trouver non plus dans les délires de la démence paranoïde d'éléments suffisants de diagnostic. Aussi pensons-nous qu'il faut considérer davantage ici l'ensemble du tableau clinique plutôt que tel ou tel symptôme.

Certains cas, tout d'abord, ne peuvent au début être caractérisés à coup sûr. L'état affectif, le compor-

tement ne suffisent pas à poser le diagnostic. L'hébéphrénique peut, au début de son affection, manifester encore une attention éveillée, ne pas être distrait, se montrer syntone. D'un autre côté, comme l'ont montré justement Claude et Borel, la schizoïdie peut être un tempérament sur lequel peut évoluer une manie chronique, et l'intrication des symptômes ne permet plus alors la distinction. Les autres signes soi-disant caractéristiques n'ont pas plus de valeur : nous avons vu les stéréotypies de nos maniaques chroniques, l'indifférence qui s'observe dans les états maniaques des débiles. Le négativisme lui-même est un signe trompeur ; il peut « masquer l'affectivité et en imposer pour une indifférence qui n'existe pas » (Rogues de Forsac). Négativisme, indifférence, impulsions peuvent être « l'aboutissant des tendances schizoïdes..., des moyens de défense contre toute tentative de faire rentrer le sujet dans l'ambiance »<sup>1</sup>.

Laignel-Lavastine croit qu'il faut chercher plutôt dans la discordance entre les manifestations de la sensibilité, de l'intelligence et de la volonté, si l'on pense à une des formes de la démence précoce. Nous pensons cependant qu'aucun signe ne permet à coup sûr dès le début d'une période d'excitation de la rapporter soit à la démence précoce, soit à certains

1. Claude et Robin, *Indifférence et négativisme schizo-maniaques*, « *Annales méd.-psycho.* », mai 1925.

états maniaques atypiques. Ici encore, comme il arrive souvent en psychiatrie, ce sera le temps, « cette pierre de touche de la valeur de tout diagnostic », qui seul, en dégagant les « arrières-plans » du syndrome et en créant une « perspective » (Claude) d'observation plus aisée, viendra étayer solidement notre impression première. Il convient toutefois de se rappeler que les cas de démence précoce qui guérissent spontanément sont des erreurs de diagnostic et doivent presque toujours se ramener à des états maniaques atypiques. Il faut d'autre part, ainsi que le rappelle Deron, « avoir présent à l'esprit que le terme de démence précoce doit être réservé à un syndrome démentiel, et que ce diagnostic ne peut être porté que sur la constatation d'un affaiblissement intellectuel vrai, progressif, atteignant la mémoire et le jugement »<sup>1</sup>.

Nous ne serions pas complet aujourd'hui si nous omettions de ce chapitre le groupe des *paraphrénies*. Les travaux de Gelma, les thèses de Frey et de Clerc, et surtout les nombreux travaux d'Halberstadt et de Claude ont tenté successivement d'acclimater en France cette notion que l'on doit à Kraepelin et qui ne pouvait trouver place dans le cadre classique déjà rempli des délires chroniques. Les types de psychoses paranoïdes, c'est le terme consacré par l'école de

1. R. Deron, *Le syndrome maniaque*, p. 354, Doin, éditeur.

Claude pour appeler ces états, sont trop connus en clinique et leurs caractères fondamentaux suffisamment dégagés ; il nous semble inutile de ce fait d'en retracer un tableau d'ensemble qui nous entraînerait hors des limites de ce travail. Qu'il nous suffise de rappeler qu'il existe trois types de délire paraphrénique, qui sont constitués par les délires à teinte schizophrénique, maniaque et mélancolique. Un seul nous intéressera, évidemment ici, c'est le délire paraphrénique de teinte maniaque, appelé encore paraphrénie expansive, que nous avons à opposer à la manie chronique délirante.

La physionomie de ces délirants est si comparable que Kraepelin lui-même disait : « J'ai pris longtemps ces malades pour des maniaques ». Qu'on en juge par les quelques touches extraites du tableau qu'en trace le Docteur H. Ey<sup>1</sup> : « Les malades de ce genre sont exaltés, souvent agités, bavards, prolixes, quelquefois même criards, difficiles plus par la mobilité de l'humeur que par la malignité des thèmes délirants. Extravagants, désordonnés dans leur tenue, joviaux ou irritables, ils ont un contact très étroit avec l'ambiance, parlent avec les autres dans la cour de l'asile, les amusant de leurs propos pittoresques, de leurs gesticulations. Le volume de leur activité est parfois

1. Conférences, décembre 1935.

considérable... Ils écrivent, font des vers, déclament. Les dons oratoires, poétiques, se joignent à leur pétulance pour en faire des « bout en train », des comédiens, des excentriques qui jouent pour la galerie... Leur structure délirante est avant tout inspirée, imaginative, éloquente. Le discours, la hâblerie, la fantaisie du costume, la plaisanterie, le jeu, ou le « don » prophétique sont les formes habituelles de cette expansivité foncière... Les fausses reconnaissances ou les fausses identifications signalées par Kraepelin également se rencontrent dans beaucoup de cas ... Les deux formes cliniques les plus fréquentes sont les délires mystiques et les délires de grandeur ».

C'est l'importance du facteur imaginaire qui dans ces délires contribue au rapprochement étroit avec ce qu'on observe chez le maniaque chronique délirant. C'est ce point également qui a été le gros obstacle à l'intégration de cette notion de paraphrénie dans le cadre des délires chroniques de la psychiatrie française où se trouvait déjà le délire d'imagination de Dupré.

Le diagnostic différentiel de ces états est certes délicat et il est permis de penser que *nombre de cas d'excitation maniaque chronique avec délire* décrits *rentrent aujourd'hui dans le groupe des paraphrénies*. Les séquelles délirantes observées au cours des états maniaques chroniques entrent pour Claude avec

juste raison dans le cadre des délires à structure paraphrénique. Cependant, les troubles profonds de la manie, la fuite des idées, l'agitation, la mobilité de l'humeur, le désordre de la tenue n'apparaissent pas ici au premier plan. La construction délirante plus riche, plus ordonnée, plus consistante, l'exaltation qui ne rappelle que d'assez loin le désordre maniaque, montrent même assez souvent l'absence de ces troubles. On ne peut donc résoudre tout à fait ces maniaques chroniques délirants à un type de paraphrénique. « Ce qui subsiste, c'est le masque maniaque, l'habitus maniaque que le délire contribue dans sa fixation à entretenir plus qu'il n'en provient directement ». H. Ey, résumant les caractères différentiels de ces délires avec l'état maniaque oppose l'agitation, la fabulation réduite, la fuite des idées, le jeu superficiel et variable, la stérilité de l'activité, avec ce qu'on observe dans la paraphrénie expansive : exaltation sans grand désordre des actes, richesse du délire, circonscription et approfondissement des thèmes, attitudes créatrices et durables, productions esthétiques et idéologiques consistantes.

Les états d'agitation observés dans la *démence sénile* confirmée prêtent généralement peu à confusion avec les états maniaques chroniques, sauf encore peut-être quand ceux-ci surviennent chez des débiles. L'hyperactivité automatique de ces malades reste marquée du

sceau de la démence. Il s'agit en outre davantage d'une turbulence et son acmé surtout nocturne facilite le diagnostic. Mais il faut se garder, avec Dupouy et Lallemant, de rapporter à la démence sénile tous les états d'excitation survenant chez les sujets âgés. Il est fréquent de rencontrer des cas d'excitation maniaque purs sénile ou présénile sans affaiblissement intellectuel appréciable, qui surviennent comme accès terminal d'une psychose périodique ou même parfois comme premier accès. Le terrain organique, les affections chroniques et surtout l'état des artères cérébrales joueront alors un grand rôle dans l'évolution de ces formes. S'il survient tardivement une démence, elle ne sera que surajoutée et ne devra pas être imputée à la manie. C'est ainsi, avons-nous dit, que certains maniaques chroniques font à notre sens une évolution démentielle tardive. Le terrain a modifié le cours normal de la psychose en intriquant les symptômes de démence organique avec ceux de la manie chronique pure. Ici encore on retrouve le rôle de la prédisposition individuelle.

*La paralysie générale*, enfin, devra faire l'objet de l'un des chapitres du diagnostic différentiel. « L'excitation maniaque peut être l'une des avenues de la paralysie générale ». On connaît le polymorphisme de ses symptômes : « Au point de vue mental la paralysie générale peut revêtir tous les syndromes décrits

en psychiatrie », écrit Damaye<sup>1</sup>. Il existe donc un syndrome maniaque chronique symptomatique de la paralysie générale. « Il y a, poursuit cet auteur, un fait de prédisposition, de clichés individuels orientant la réaction psychique. Il y a des paralytiques qui ont l'air de faire un accès de manie aiguë, un accès de confusion mentale, ou bien un délire des persécutions, de grandeur, de mélancolie, de négation... Ou bien un syndrome démence précoce, ou un simple état de déséquilibre mental ou de psychasténie ». L'euphorie fréquente, l'état d'excitation peut induire en erreur au début, d'autant plus qu'un délire d'imagination peut ici encore apparaître<sup>2</sup>. Ils sont transitoires, mais parfois systématiques... et surtout de grandeur et offrent alors le type le plus parfait des délires d'imagination symptomatiques<sup>3</sup>.

Les erreurs sont d'autant plus fréquentes que, d'autre part, des cas de manies chroniques atypiques peuvent simuler une paralysie générale. Ce sont évidemment des erreurs de la période pré-déméntielle. Pourtant, un traitement a pu fixer cet état et l'absence de renseignements anamnestiques peut faire persister la confusion. Parfois aussi les signes somatiques font défaut. Dans certains cas difficiles, Gilbert

1. Damaye, *Eléments de neuro-psychiatrie*, p. 60, Maloine, éditeur.

2. Dupré et Logre, « *Annales méd.-psycho.* », 1914, p. 148.

3. Usse, *Les délires d'imagination dans la paralysie générale*, thèse, Paris, 1913.

Ballet opposait la malveillance du maniaque à la bienveillance du paralytique général. Tous les signes qui se présentent à l'examen, dans ces cas, sont à prendre en considération ; mais actuellement le dernier mot doit revenir à la ponction lombaire.

Ces faits montrent la difficulté et même l'impossibilité qu'on a en psychiatrie à porter un diagnostic ferme à l'éclosion de certains syndromes mentaux, en l'absence de données biologiques différentielles. Malheureusement, le substratum anatomo-pathologique de la plupart de ces syndromes reste encore à découvrir et, d'ici là, toutes nos classifications n'auront que des bases trop incertaines.

---

## CONCLUSIONS

---

Nous avons rassemblé dans cet ouvrage quelques observations-types de manies chroniques concernant des malades que nous avons pu suivre et étudier attentivement. Nous avons exposé à ce propos l'évolution des idées qui se sont développées au cours des années et les opinions actuellement en présence. Nous avons montré la complexité du problème résultant des aspects multiples successivement envisagés par les auteurs. Sous le nom de manie chronique on a réuni en effet des états très différents qui actuellement ne peuvent plus rester groupés autour d'une même étiquette.

Il n'en demeure pas moins que *la manie chronique*, pour être rare, *existe* indiscutablement. Elle apparaît comme un type clinique bien défini qui doit à notre sens être conservé. Son individualité devient manifeste à condition de n'envisager que les formes pures. Celles-ci répondront aux cas où l'on observera le passage à la chronicité d'un accès maniaque franc chez un individu normal sans passé mental et sans tare

héréditaire. La symptomatologie se résoudra alors aux seuls signes de la série maniaque, lesquels ne subiront aucune dégradation. Seule l'atténuation inégale des symptômes, donnant un relief plus accusé à certaines fonctions mentales supérieures, conduira le maniaque chronique vers un état nouveau dont la physionomie se complètera encore par l'apparition d'un syndrome physique particulier à cet état. La persistance des troubles et la vie asilaire prolongée développeront les phénomènes d'automatisme, et entraîneront consécutivement une diminution du fonctionnement intellectuel. Désormais fixé dans cet état, le maniaque chronique apparaîtra loin de l'excité maniaque mais plus loin encore du dément.

De tels faits peuvent s'observer dans d'autres conditions, et on a englobé dans la manie chronique une multitude d'états. Certains de ceux-ci par leur symptomatologie typique, méritent de prendre place à ses côtés. Ils constitueront pour nous des *formes cliniques*. Ce sont :

— les accès maniaques devenus chroniques au cours d'une psychose périodique.

— certains cas d'excitation maniaque chronique apparaissant tardivement et attribués souvent à tort à la sénilité. L'affaiblissement intellectuel, qui n'apparaît d'ailleurs pas toujours, peut souvent être

rapporté à l'état des artères cérébrales : le terrain organique est seul en cause ;

— certains cas de manies dites rémittentes où la périodicité régulière fait défaut et qui, de ce fait, sont superposables en tous points à ce qu'on observe dans la manie chronique.

Mais à côté de ces formes cliniques, et plus nombreuses qu'elles, existent des *formes atypiques le plus souvent symptomatiques* qui, par leur symptomatologie polymorphe sont à la limite de la manie chronique.

A. — Certaines d'entre elles doivent leurs symptômes particuliers à une association morbide, une modification apportée par le terrain constitutionnel, la débilité mentale surtout, l'importance de la tare héréditaire, l'appoint toxique ou infectieux.

C'est ainsi que l'on doit interpréter nombre de délires polymorphes, sans systématisation véritable, d'hallucinations, ou même d'affaiblissement intellectuel apparaissant au cours de ces états. On se trouverait donc encore en présence de formes cliniques de la manie chronique.

B. — Il n'en reste pas moins vrai que de nombreux faits étiquetés manie chronique doivent être aujourd'hui rattachés :

— à l'hypomanie constitutionnelle ;

— à la psychose périodique ;

- à la démence précoce ;
- au groupe des délires systématisés à structure paranoïaque ;
- et surtout au groupe des paraphrénies. Beaucoup de ces malades, en effet, présentent une construction délirante à structure paraphrénique.

*Vu : Le Doyen.*  
TIFFENEAU.

*Vu : le Président de thèse,*  
Henri CLAUDE

Vu et permis d'imprimer :  
*Le Recteur de l'Académie de Paris.*  
G. ROUSSY.

---

## BIBLIOGRAPHIE

---

**Anglade.** — *Des délires systématisés secondaires*, « *Rapport du Congrès de Marseille* », 1899.

— *in Traité de pathologie mentale de Gibert Ballet*, p. 280.

**Benon (R.)**. — *La manie chronique atypique*. « *Bulletin médical* », n° 27 du 23 juin 1928, p. 715-717.

**Benon (R.) et Denis (P.)**. — *Manie chronique*, « *Revue neurologique* », 1914, t. I, p. 384.

**Buvat et Villey-Desmeserets.** — *Manie atypique et prolongée : amélioration, persistance d'un délire palinognostique avec métabolisme de la personnalité*, « *Bulletin de la société clinique de médecine mentale* », 1927, p. 14.

**Chaslin.** — *Eléments de sémiologie et clinique mentales*, 1912, p. 648.

**Cameron.** — *Chronic mania*, « *J. Mout. Sc.* », 82 : 592-594 septembre 1936).

**Claude, Borel et Robin.** — *Evolution démentielle post-traumatique au cours d'un état de déséquilibre habituel à type manie chronique*, « *Soc. clin. de médéc. ment.* », 1923, p. 169.

**Claude et Cellier.** — *Evolution d'une psychose hallucinatoire chronique vers une activité maniaque discordante*. « *Bulletin de la Soc. clin. de méd. ment* », 1922, p. 187.

**Damaye (H.).** — *Manie pure et manie confusionnelle*,  
« *Revue de psychiatrie* », sept. 1910.

— *Eléments de neuro-psychiatrie*, 1925, Maloine édit.

**Delmas.** — *La pratique psychiatrique*, 1919, p. 193  
Baillièrè édit.

**Deron.** — *Le syndrome maniaque*. Doin édit.

**Da Rocha.** — *La manie chronique*, '« *Annales méd.-  
psycho.* », 1921, t. II, p. 413.

**Deutsch (H.).** — *Zur Psychologie der manisch depressi-  
ven zustande nisbesondere der chronische hypomanie*,  
« *Internat. Ztschr. f. Psychoanal* » 19, 358-371, 1933.

**Dide et Guiraud.** — *Psychiatrie du médecin praticien*,  
2<sup>e</sup> édit., 1929.

**Dietrich (B.).** — *Klinischer Beitrag zur Lehre von der  
chronischen manie (Erlangen)*, 8<sup>o</sup> Munster, 1912.

**Dupré et Logre.** — *Les psychoses imaginatives aiguës*,  
« *Ann. M.P.* », 1914, p. 144.

**Dupré et Marmier.** — *Délire imaginatif de grandeur*,  
« *Encéphale* », 1912, t. II, p. 376.

**Ey (H.).** — *Paraphrénie expansive et démence paranoïde*  
« *Ann. M.P.* », 1930, p. 266.

— *Le groupe des paraphrénies*, Conférences de psychiâ-  
trie, décembre 1935.

**Godard.** — *Manie chronique. Démence incomplète*,  
« *Ann. M.P.* », 1925, t. I, p. 61.

**Halberstadt.** — *Etude des paraphrénies*, « *Arch. de  
neurologie* », 1913.

— *Les délires préséniles* « *Encéphale* », novembre et  
décembre 1934.

**Hamel et Vernet.** — *Délire systématisé secondaire*,  
« *Encéphale* », novembre et décembre 1922.

— *Contribution à l'étude de la manie chronique*, « *Encéphale* », 1921, p. 515 et 596.

**Kahn.** — *Un cas de délire de persécution chez un excité maniaque*, « *Encéphale* », 1912, t. II, p. 475.

**Klippel et Mallet.** — *Délire systématisé modifié par un état aigu d'excitation maniaque avec hallucinations. Un cas de délire difficile à classer*, « *Soc. médico-psycho* », « *Ann. M.P.* », juillet 1912, p. 72.

**Laignel-Lavastine et Vinchon (J.).** — *La manie chronique. Essai de tableau clinique*, « *Ann. M.P.* », 1921, t. I, p. 203.

**Laignel-Lavastine.** — *Rôle de la thyroïde*. Congrès de Dijon, 1908.

**Leroy et Rubenovitch.** — *Manie chronique atypique (mère et fille internées avec un syndrome ayant simulé un début de paralysie générale)*, « *Ann. M.P.* », 1932 p. 420.

**Leroy.** — *Manie chronique*, « *Bulletin de la Soc. clin. de Méd. ment.* », 1914, p. 13.

**Leroy, Rubenovitch et Trelles.** — *Un cas de manie chronique évoluant depuis 10 ans sans affaiblissement intellectuel*, « *Société médico-psycho.* », séance du 14 janvier 1932.

**Lévy-Valensi.** — *Manie chronique* (in « *Précis de psychiatrie* », collect. Gilbert et Fournier, 1926, p. 203-204, Baillière édit.).

— *Délires polymorphes* (dans la manie), « *Semaine des hôpitaux* », 8 mai 1925.

**Mordret.** — *Communication au Congrès de Berlin*, 1892.

**Pabst (G.).** — *Ein Beitrag zur Kenntnis der chronische manie* (Frankfurt) 8<sup>o</sup> Erlangen, 1918.

**Pfeilschmidt (W.).** — *Ueber einen Fall von chronische manie* (arch. f. psychiat. Berl., 1920, LXII : 560-565).

**Régis.** — *Précis de psychiatrie*, 6<sup>e</sup> édit. *Manie chronique* p. 277.

**Renault (A.).** — *Le syndrome manie chronique. Symptomatologie. Diagnostic.* Thèse, Paris, 1920, Vigot, édit.

**Ritterhaus (E.).** — *Die chronische manie and ihre praktock Bedeutung* ( « Allg. Ztschr. f. Psychiat. Berlin », 1922-1923, LXXIX : 209-254).

**Rogues de Fursac.** — *Précis de psychiatrie.*

**Séglas.** — *Accès maniaques chez les débiles* « Ann.M.P. » 1914, t. I, p. 5.

**Séglas et Godet.** — *Communication à la Soc. clin. de Méd. ment.*, février 1920.

**Scholl.** — *Manie chronique*, « *Revue neurologique* », 1914.

**Wertham (F.S. ).** — *Die klinische kerngruppe der chronischen manie* « *Ztschr. f. d. ges. eurol. u. Psychiat* », 121 : 770-779, 1929).





